Fiecare pacient spune o poveste



ENIGME MEDICALE

și

ARTA DE A FORMULA DIAGNOSTICE

LISA SANDERS

HOUSE, M.D.

Lisa Sanders

Fiecare pacient spune o poveste

Enigme medicale şi arta de a formula diagnostice



Traducere de Ciprian Siulea

Editura *Trei* (2011)
Titlul original: *Every Patient Tells a Story. Medical Mysteries and the Art of Diagnosis (2009)*

Pentru Jack

Nota autorului

Poveştile pe care le spun aici sunt reale. Pentru a respecta confidenţialitatea pacienţilor care au fost suficient de amabili pentru a-mi împărtăşi poveştile lor, le-am schimbat numele, în unele cazuri am modificat, de asemenea, şi unele detalii identificatoare. Doctorii care apar în aceste pagini descriu în detaliu unele dintre cele mai dificile diagnostice ale lor – greşeli şi aşa mai departe. Ceea ce îi distinge nu sunt erorile, ci disponibilitatea lor de a discuta despre ele. Nimeni nu ar trebui pedepsit doar pentru că e onest, astfel că am schimbat numele acestor doctori curajoşi.

Introducere

Coşmarul oricărui pacient

Barbara Lessing privea fix pe fereastră la câmpurile înzăpezite din spatele spitalului. Cerul de după-amiază era întunecat de ninsoarea care urma să vină din nou. Privi la silueta subţire din pat. Fiica ei, Crystal, care de-abia împlinise douăzeci şi doi de ani şi fusese sănătoasă toată viaţa ei, era acum – cine ştie de ce – pe moarte. Tânăra era de două zile la secţia de terapie intensivă de la Nassau University Medical Center; fusese consultată de numeroşi doctori şi făcuse nenumărate teste, şi totuşi nimeni nu părea să aibă nici cea mai vagă idee ce anume o ucidea.

Totul începuse la cabinetul stomatologic. În urmă cu o lună, Crystal îşi scosese câteva măsele de minte incluse în os. Dar chiar şi după scoaterea lor, durerea persistase. O suna aproape în fiecare zi pe mama ei, aflată în celălalt capăt al statului, ca să se plângă. „Sună-ţi dentistul”, îşi îndemnase aceasta fiica. Iar Crystal îl sunase. În cele din urmă.

Dentistul îi dăduse antibiotice pentru o săptămână, apoi pentru încă una. După aceea, gura lui Crystal era în stare mai bună – dar ea nu. Era obosită. Avea dureri. Săptămână următoare s-a simţit ca şi cum urma să se îmbolnăvească de ceva. Apoi a început diareea sangvinolentă. Apoi febra. De ce nu te-ai dus la doctor mai devreme? Îşi certă femeia în tăcere fiica.

În seara precedentă, Barbara primise un telefon de la o doctoriţă de la camera de urgenţă a unui spital din suburbie. Fiica ei era bolnavă, îi spusese aceasta. Foarte grav bolnavă. Barbara se dusese cu maşina la Syracuse, luase primul zbor spre New York şi ajunsese la marele centru medical universitar din Long Island. La terapie intensivă, dr. Daniel Wagoner, un rezident în anul al doilea de pregătire, a condus-o să-şi vadă fiica. Crystal dormea, cu părul ei brunet şi cârlionţat încâlcit pe pernă. Şi părea foarte slabă. Dar cel mai îngrozitor lucru dintre toate – era galbenă. Galben aprins.

Wagoner simţea cum inima îi bate mai repede, în timp ce stătea şi se uita la această fată îngălbenită, firavă, care zăcea nemişcată pe pat. Galbenul aprins, nefiresc al pielii ei strălucea de transpiraţie. Avea febră mare, aproape 40 de grade. Pulsul îi era rapid, dar de abia palpabil, şi respira mult mai repede decât era normal, în ciuda oxigenului care îi era pompat în nas. Acum dormea majoritatea timpului, iar când era trează, adesea nu ştia sigur unde este şi cum ajunsese acolo.

Pentru un doctor nu există nimic mai îngrozitor decât un pacient care moare în faţa ochilor săi. Moartea este parte a rutinei de la terapie intensivă. Poate fi o uşurare bine-venită pentru pacient sau

pentru familia acestuia. Chiar şi doctorul o poate accepta în cazul unui pacient a cărui viaţă nu mai poate fi prelungită. Dar nu când este vorba de o tânără fată care, cu doar câteva săptămâni în urmă, era sănătoasă. Aceşti doctori făcuseră tot ce le stătea în putinţă şi totuşi exista o teamă – o teamă rezonabilă – că rataseră cine ştie ce indiciu care, pentru această tânără femeie, putea să însemne diferenţa dintre viaţă şi moarte. Nu trebuia să moară, dar tânărul rezident şi toţi doctorii care o îngrijeau ştiau că era posibil.

Fişa medicală subţire a lui Crystal era plină de numere care atestau cât de bolnavă era. Wagoner o parcursese de zece ori. Practic fiecare analiză pe care i-o făcuseră era anormală. Nivelul leucocitelor din sângele ei era foarte mare, sugerând o infecţie. Iar nivelul celulelor roşii era mic – de-abia dacă avea jumătate din cantitatea de sânge pe care ar fi trebuit s-o aibă. Primise o transfuzie la camera de urgenţă şi încă una după ce fusese mutată la terapie intensivă, dar analizele sângelui nu se modificau deloc. Rinichii ei nu funcţionau, nici sistemul de coagulare a sângelui. Pielea ei galbenă era plină de echimoze, iar urina avea firicele roşu-închis.

Uneori, dacă te străduieşti suficient de mult să ţii un pacient în viaţă – să menţii sângele în circulaţie, plămânii oxigenaţi şi presiunea arterială suficient de mare – corpul va reuşi să supravieţuiască până şi unei boli grave. Acestea sunt miracolele aduse de progresele tehnologice. Uneori, dar nu de data aceasta. Echipa de la terapie intensivă îi dădea lui Crystal pungi de sânge una după alta; făceau tot posibilul pentru a-i ajuta sistemul avariat de coagulare a sângelui; a primit medicamente de creştere a presiunii arteriale şi fluide care să îi ajute rinichii. Era tratată cu mai multe antibiotice de spectru larg. Şi totuşi, nimic din toate acestea nu era suficient. Crystal avea nevoie de un diagnostic. Îi era vital un diagnostic.

Cartea de faţă vorbeşte despre procesul de stabilire a acestui diagnostic, a oricărui diagnostic. Acest pilon al medicinei rămâne foarte adesea neobservat şi neteoretizat şi totuşi, de obicei este cea mai dificilă şi mai importantă componentă a activităţii pe care o desfăşoară doctorii. Oricât de mult s-ar fi generalizat medicina în viaţa modernă, acest proces rămâne în mare parte ascuns, adesea neînţeles şi uneori privit cu neîncredere. În filme şi romane, de obicei o singură replică desparte simptomele fascinante de începerea terapiei care va salva viaţa. La televizor, varianta contemporană a aparatului de diagnosticare magic (tricoderul) al doctorului McCoy *(Star Trek*) este cea care vede tot şi spune tot. Dar în viaţa reală, punerea unui diagnostic este cea mai complexă şi mai interesantă poveste pe care o spun doctorii.

Iar doctorii vorbesc cu însufleţire despre acest aspect. Exact aşa cum Sherlock Holmes, Nick Charles (eroul din serialul poliţist *Thin*

Man) sau Gil Grissom (CSI) se delectează explicând infracţiunea victimelor şi colegilor, doctorilor le face plăcere să relateze istoria sinuoasă a modului în care au formulat un diagnostic, istorie în care fiecare simptom ciudat şi fiecare descoperire neaşteptată, fiecare răsturnare de situaţie misterioasă şi fiecare indiciu evident ratat se potrivesc în cele din urmă perfect, iar diagnosticul este dezvăluit. În cartea aceasta, vă voi purta în mijlocul acelor conversaţii şi pe linia frontului unde aceste mistere medicale moderne sunt soluţionate – sau, uneori, nu.

Cu doar o sută de ani în urmă, jurnalistul şi acerbul critic social Ambrose Bierce definea, în *Devil's Dictionary*, cuvântul „diagnostic" ca fiind „o prezicere a bolii de către doctor prin luarea pulsului şi portofelului bolnavului". Acest lucru a fost adevărat pentru cea mai mare parte a istoriei umane. Până foarte de curând, diagnosticul era mai mult o artă decât o ştiinţă.

Dar de pe vremea în care Ambrose îşi mânuia stiloul ca pe o floretă şi până acum s-a produs o revoluţie în capacitatea noastră de identificare a cauzelor simptomelor şi de înţelegere a patologiei din spatele lor. În epoca în care scria Bierce, Sir William Osler, considerat de către mulţi părintele medicinei americane, putea să facă un rezumat comprehensiv al tuturor bolilor cunoscute în capodopera lui de 1100 de pagini, *Principiile şi practica medicinei.* În zilele noastre, fiecare subramură minusculă a medicinei ar putea oferi la fel de multe pagini doar despre cunoaşterea ei superspecializată.

La naşterea medicinei, în urmă cu mii de ani, diagnosticul (identificarea bolii pacientului) şi prognosticul (înţelegerea evoluţiei şi, rezultatului probabile ale bolii) erau cele mai eficiente instrumente cu care doctorul venea la patul pacientului. Dar, în afară de asta, se puteau face puţine fie pentru a confirma diagnosticul, fie pentru a schimba evoluţia bolii. Din cauza acestei neputinţe în faţa bolii, consecinţele unui diagnostic incorect erau minime. Adevărata cauză a bolii era adesea îngropată odată cu pacientul.

În istoria mai recentă, medicina a creat tehnologii care au transformat capacitatea noastră de a identifica şi apoi de a trata boala. Examinarea fizică – inventată pentru prima oară în secolul al XIX-lea – a fost punctul de început. Probele indirecte oferite prin pipăirea, ascultarea şi observarea corpului trimiteau la boala ascunsă sub piele. Apoi radiografia, descoperită la începutul secolului XX, a oferit doctorilor puterea de a vedea ceea ce înainte nu puteau decât să-şi imagineze. Acea primă privire prin piele, a structurilor interne ale corpului viu, a aşezat bazele tomografiei axiale computerizate (T.A.C.) în anii 1970 şi ale imagisticii prin rezonanţă magnetică (RMN) în anii 1990. Analizele de sânge au explodat ca număr şi acurateţe, oferind

doctorilor instrumente care să îi ajute la punerea unui diagnostic definitiv într-un întreg alfabet de boli, de la anemie la zoonoze.

Diagnosticele mai bune au dus la terapii mai bune. Timp de secole, doctorii avuseseră puţine lucruri, în afară de compasiune, cu care să-şi ajute pacienţii bolnavi. Crearea studiilor clinice randomizate şi a altor instrumente statistice a făcut posibilă distingerea terapiilor care funcţionează de cele care au puţine de oferit în afara propriilor puteri de refacere a corpului. Medicina a intrat în secolul XXI dotată cu o farmacopee de instrumente puternice şi eficiente de tratare a unei game largi de boli.

Multe dintre cercetările ultimelor câteva decenii au analizat ce terapii ar trebui folosite şi cum. Ce medicaţii, ce doze, cât timp? Ce procedură? Care este beneficiul? Acestea sunt, toate, întrebări puse în mod frecvent şi la care acum se poate răspunde în mod regulat şi credibil. Ghiduri de tratare a multor boli sunt publicate, disponibile şi folosite în mod regulat. Şi, în ciuda îngrijorărilor şi lamentaţiilor referitoare la „medicina pe genunchi”, aceste ghiduri bazate pe probe tot mai numeroase au salvat vieţi. Aceste forme de medicină permit pacienţilor să beneficieze de pe urma aplicării atente a ceea ce s-a demonstrat a fi cea mai eficientă terapie.

Dar terapia eficientă depinde de acurateţea diagnosticului. Avem acum la dispoziţie o gamă largă de instrumente – noi şi vechi – cu care putem să punem un diagnostic timpuriu şi precis. Şi, pe măsură ce tratamentul devine tot mai standardizat, cea mai complexă şi importantă decizie va fi luată la nivelul diagnosticului.

Diagnosticul este adesea evident. Povestea pacientului şi examinarea sa sugerează un suspect probabil, iar tehnologia diagnosticului confirmă rapid intuiţia. Un bătrân cu febră şi tuse are o radiografie care dezvăluie o pneumonie violentă. Un bărbat de cincizeci şi ceva de ani simte în piept dureri care radiază în braţul stâng şi în mandibulă, iar un EKG (electrocardiogramă) sau analiză a sângelui confirmă suspiciunea că are un atac de cord.

O adolescentă care ia anticoncepţionale vine la doctor plângându-se de dificultăţi respiratorii şi umflarea unui picior, iar o tomografie dovedeşte prezenţa unei embolii pulmonare masive. Aceasta este pâinea de fiecare zi a diagnosticului medical – cazurile în care cauza şi efectul sunt legate firesc unul de altul, iar doctorul poate să explice aproape imediat pacientului şi familiei cine este vinovatul, cum s-a întâmplat şi uneori şi de ce.

Dar mai există şi alte cazuri: pacienţi cu poveşti sau istorii medicale complicate; cazuri în care simptomele sunt mai puţin sugestive, examinarea fizică needificatoare şi analizele înşelătoare. Cazuri în care povestea bolii se abate de la calea aşteptată, în care suspecţii de serviciu par să aibă toţi alibiuri, iar diagnosticele sunt evazive. Pentru

acestea, doctorul trebuie să-şi pună pălăria de Sherlock Holmes şi să dezlege misterul. Acestea sunt momentele în care medicina se poate înălţa din nou la rangul de artă, iar doctorii-detectivi trebuie să descâlcească firele încurcate ale bolii, să înţeleagă ce întrebări să pună, să recunoască indiciile fizice subtile şi să identifice testele care ar putea duce, în cele din urmă, la diagnosticul corect.

Doctorilor care o îngrijeau pe Crystal Lessing nu le era clar dacă misterul bolii ei avea să fie soluţionat la timp pentru a-i salva viaţa. Fără îndoială, nu duceau lipsă de date pentru diagnosticare. Existau atât de multe anomalii, încât le era greu să distingă între procesele primare ale bolii şi cele care constituiau consecinţele ei. Doctorii de la urgenţă se concentraseră pe sângerarea ei abundentă. De ce nu se coagula sângele ei? Era vorba de coagulopatie intravasculară diseminată (DIC) – o dereglare misterioasă care însoţeşte frecvent cele mai severe infecţii? În această boală, fibrele din care este alcătuit cheagul se formează la întâmplare, în interiorul vaselor de sânge. Aceste fibre dure despică celulele roşii în timp ce navighează prin artere, eliberând componentele purtătoare de oxigen şi împrăştiind fragmentele de celule în circulaţie. Însă examinarea atentă a sângelui lui Crystal nu a dezvăluit niciun fel de asemenea fragmente de membrană celulară. Deci nu era DIC.

Dar de ce era Crystal galbenă? Hepatita este cea mai frecventă cauză a îngălbenirii pielii în cazul unei persoane tinere. Dar doctoriţa de la urgenţă nu găsise vreo dovadă a prezenţei unuia dintre cei câţiva viruşi care pot produce hepatită. În plus, analizele de sânge pe care le făcuseră pentru a vedea cât de bine funcţionează ficatul ei erau aproape normale. Prin urmare, conchiseseră ei, nu era vorba de ficat.

Odată ce Crystal fusese transferată la terapie intensivă, doctorii de acolo se concentraseră pe diareea ei sangvinolentă. Înainte ca diareea şi febra ei să înceapă, Crystal făcuse două tratamente cu antibiotice puternice pentru o infecţie dentară. Asta se potrivea modelului unei infecţii tot mai răspândite cu o bacterie numită *Clostridium difficile*, sau C. *Diff.* cum i se spune prin spitale. Folosirea antibioticelor poate pregăti decorul acestei infecţii bacteriene a colonului, care produce diaree devastatoare şi o afecţiune sistemică gravă, uneori fatală.

Echipa de la terapie intensivă căutase toxina periculoasă produsă de bacteria C. *Diff*., dar nu o găsise. Totuşi, acea analiză poate rata 10% dintre aceste infecţii. De fapt, practica standard este de a face analiza respectivă de trei ori în căutarea toxinei bacteriene înainte de a considera că boala aceasta nu este prezentă, atunci când suspiciunea ei e mare. Echipa de la terapie intensivă a început oricum să-i dea lui Crystal antibiotice pentru tratarea lui C. *Diff.* — povestea

antibioticelor urmate de diareea sangvinolentă făcea ca acesta să fie principalul lor diagnostic.

Dar doctorul Wagoner, rezidentul care o îngrijea pe pacientă, nu era satisfăcut de acest diagnostic. Prea multe piese nu păreau să se potrivească. Antibioticele şi diareea aveau legătură, dar diagnosticul lăsa prea multe dintre simptomele ei neexplicate.

În acea vineri după-amiaza – la patruzeci şi opt de ore de la internarea în spital a lui Crystal – Rahman a făcut ceea ce doctorii fac adesea atunci când se confruntă cu un caz complex: a apelat la un doctor cu mai multă experienţă. În ciuda tuturor tehnologiilor disponibile, doctorii se bazează adesea pe instrumentele cele mai demodate – un telefon, un coleg respectat, un mentor sau prieten.

Doctorul Tom Manis era unul dintre cei mai apreciaţi doctori din spital. Fiind nefrolog, a fost chemat din cauza insuficienţei renale a lui Crystal. Dar în timp ce Wagoner o prezenta pe pacientă doctorului mai în vârstă, era evident că spera ca Manis să îi ajute să înţeleagă mai mult decât problema rinichilor.

Manis s-a alarmat şi el în timp ce citea fişa. Rahman avea dreptate – diagnosticul nu se potrivea deloc. În primul rând, C. *Diff.* este de regulă boala celor bătrâni şi bolnavi. Pacienta era tânără şi fusese sănătoasă. Dar, încă şi mai relevant, C. *Diff.* nu putea explica îngălbenirea puternică a pielii şi anemia care persista în ciuda transfuziilor multiple. Aşa că Manis a făcut ceea ce făcuse şi rezidentul – „I-am sunat pe toţi doctorii deştepţi pe care îi ştiam” şi le-a spus povestea uimitoare a lui Crystal Lessing – folosind, din nou, acele instrumente de neînlocuit, telefonul şi un prieten. Unul dintre aceşti prieteni era doctorul Steven Walerstein, şeful Departamentului de Farmacologie al spitalului.

Atunci când Walerstein a reuşit să vadă pacienta era seara devreme. Walerstein nu a citit fişa. Nu o citea niciodată în cazurile dificile precum acesta. Nu voia să fie influenţat de gândirea celor care consultaseră deja pacienta. Mult prea adesea, în aceste cazuri dificile ceva este trecut cu vederea sau interpretat greşit. Şi chiar dacă adunaseră toate elementele, în mod evident asamblaseră greşit povestea acestei boli.

În schimb, s-a dus direct la patul bolnavei.

Walerstein s-a prezentat tinerei şi mamei acesteia. Şi-a tras un scaun şi s-a aşezat. Să obţii întreaga poveste este esenţial, dar poate să ia mult timp. Poţi să-mi spui ce s-a întâmplat, de la început? a întrebat-o el pe fata bolnavă. Ca detectivul clasic dintr-un roman poliţist, i-a cerut victimei să spună povestea. „Am spus-o de atâtea ori”, a protestat Crystal. Vocea ei era îngroşată de oboseală, abia reuşea să îngâne cuvintele. Nu putea doctorul să citească pur şi simplu fişa? Nu, i-a spus el blând, dar ferm. Trebuia s-o audă de la ea,

trebuia să pună lucrurile cap la cap de unul singur. Fata a început, încet, să-şi spună povestea încă o dată. Atunci când ea se pierdea sau nu-şi putea aminti, povestea era preluată de mama ei.

După relatarea de către cele două femei a evenimentelor care le aduseseră pe amândouă la terapie intensivă, Walerstein i-a mai cerut mamei câteva informaţii despre fiica ei. Crystal tocmai terminase colegiul, i-a spus ea. Lucra ca bonă, în timp ce încerca să-şi dea seama ce vrea să facă în viaţă. Nu fuma, nu bea şi nu lua droguri. Şi nu fusese niciodată bolnavă. Niciodată. Femeia îşi ştergea lacrimile apăsat, în timp ce o descria pe fiica ei acestui doctor amabil de vârstă mijlocie. Doctorul dădea din cap înţelegător. Avea şi el o fiică.

Apoi Walerstein s-a întors spre tânăra din pat. Pielea ei galbenă era acum fierbinte şi uscată. Avea buzele arse şi crăpate. Abdomenul ei era umflat şi moale, dar doctorul simţea cum marginea tare a ficatului, în mod normal ascuns în cutia toracică, ieşea cu vreo zece centimetri de sub ea. Crystal a gemut atunci când el a apăsat din nou acest organ mărit şi sensibil.

Doar atunci şi-a îngăduit să se uite în fişa ei.

A sărit peste observaţii şi s-a îngropat în multitudinea de rezultate anormale ale analizelor care fuseseră adunate în cele două zile de terapie intensivă.

Walerstein era un internist generalist admirat pentru vastele sale cunoştinţe medicale şi pentru perspicacitatea lui clinică. Se ştia despre el că, dacă nu îşi dă seama imediat care este răspunsul, pune întrebările care îl vor conduce la el. Iar această tânără avea nevoie de un răspuns, altfel ar fi murit. După ce a examinat minuţios pacienta şi fişa ei, Walerstein s-a oprit o clipă ca să caute un fel de tipar îngropat în acel haos de cifre şi analize.

Doctorii de la terapie intensivă se concentraseră pe diareea sangvinolentă şi nu ajunseseră nicăieri. De fapt, cu toate că fata văzuse acasă sânge în scaunul ei, de când ajunsese la spital avusese foarte puţină diaree. Lui Walerstein nu i se părea cel mai important dintre simptomele ei. În schimb, a revenit la cea mai frapantă caracteristică ce atrăsese atenţia doctorului de la urgenţă – sângele ei nu se coagula.

Ficatul produce majoritatea proteinelor care fac ca sângele să se coaguleze. Era oare posibil ca ficatul ei să nu mai producă aceste proteine? *Era oare posibil ca ficatul ei să nu mai funcţioneze deloc?* Aceasta ar fi explicat atât sângerarea, cât şi îngălbenirea. Dar încetarea funcţionării ficatului este de regulă marcată de creşteri dramatice ale anumitor enzime care sunt eliberate atunci când celulele hepatice sunt distruse, iar aceste enzime fuseseră aproape normale de când Crystal ajunsese la spital. Doctorii ei consideraseră că asta însemna că ficatul nu era implicat în acest proces mortal.

Dar dacă, în schimb, ficatul fusese deja distrus atunci când Crystal venise la spital? Dacă aceşti indicatori ai deteriorării ficatului (cunoscuţi drept transaminaze) nu erau mari din cauză că nu mai rămăseseră deloc celule hepatice care să fie deteriorate, în cazul în care toate celulele ei hepatice fuseseră deja distruse? Nimeni de la urgenţe sau de la terapie intensivă nu făcuse această presupunere. Şi totuşi, dacă priveai lucrurile aşa cum le privea Walerstein, totul era perfect explicabil. Totul se potrivea.

Atunci Walerstein şi-a îndreptat atenţia spre anemia profundă care fusese observată de la început. În ciuda multiplelor transfuzii, Crystal încă avea doar jumătate din cantitatea de sânge pe care ar fi trebuit să o aibă. Crystal sângera – urina ei colorată în roşu o arăta –, dar nu sângera atât de mult. Era evident că celulele ei roşii erau distruse în interiorul corpului. Îngropată undeva în fişa ei medicală era o analiză care arăta aceasta, dar Walerstein observă că echipa care o îngrijea nu o luase în considerare, în căutarea diagnosticului.

Mult prea adesea, informaţiile pe care la început nu le înţelegem sunt pur şi simplu date la o parte, mai ales atunci când există o asemenea bogăţie de date. Walerstein înţelegea acest fenomen. Iar odată lăsate deoparte, aceste informaţii sunt uitate. Se întâmplă tot timpul. Dar Walerstein mai ştia şi că, într-un caz dificil precum acesta, datele care sunt lăsate la o parte reprezintă adesea cheia.

Deci Crystal avea insuficienţă renală şi hemoliză (distrugere a celulelor roşii). Acea combinaţie a stârnit ceva într-un colţ al memoriei lui. Walerstein simţea cum piesele încep încet să se potrivească, precum roţile dinţate ale unei maşinării străvechi. Apoi, dintr-odată, şi-a dat seama ce era.

Internistul s-a dus imediat la bibliotecă, pentru a-şi verifica intuiţia. Da! Avea dreptate. Această combinaţie – insuficienţă renală şi distrugere a celulelor roşii – era o manifestare ieşită din comun a unei maladii ereditare neobişnuite: boala Wilson.

În boala Wilson, ficatului îi lipseşte mecanismul de reglare a cuprului, un mineral esenţial din alimentaţie. Fără aceste instrumente chimice, surplusul de cupru se acumulează în ficat şi în alte organe, distrugându-le încet şi insidios. De regulă, acest proces durează decenii, dar uneori, din motive care încă nu sunt înţelese (deşi este asociat adesea cu folosirea antibioticelor, precum în cazul lui Crystal), cuprul explodează în afara ficatului – distrugând totodată acest organ – şi mineralul acumulat timp de-o viaţă invadează fluxul sangvin. Odată ajuns acolo, totul o ia razna: cuprul distruge celulele roşii imediat ce le atinge. Rinichii se străduiesc din greu să cureţe fragmentele de celule din circulaţie, dar din cauza asta sunt grav afectaţi. Între timp, nivelul ridicat de cupru din fluxul sangvin atacă practic toate organele din corp. În această formă, boala este rapidă şi

întotdeauna mortală, dacă pacientul nu primeşte singurul tratament posibil – un ficat nou, care să îl înlocuiască pe cel distrus de evadarea cuprului, un ficat care are mecanismul de eliminare a excesului de mineral. Dacă era vorba de boala Wilson, această pacientă avea nevoie imediat de un transplant de ficat.

Dar mai întâi Walerstein trebuia să confirme diagnosticul. Era vineri seara, târziu, astfel încât îi era imposibil să măsoare nivelul cuprului din sângele ei – oricum, laboratorul spitalului său nici nu făcea acea analiză. Dar mai exista o modalitate de a diagnostica boala aceasta. Pacienţii cu Wilson acumulează adesea cupru în ochi – un inel maro-auriu la marginea exterioară a irisului. Walerstein s-a întors grăbit la terapie intensivă. A examinat atent ochii fetei. Nimic. Nu vedea inelele, dar poate că un oftalmolog, cu instrumentele lui specializate, ar fi putut. „Nu se întâmplă prea des să chemi oftalmologul vineri seara la ora nouă ca să facă o examinare de urgenţă”, mi-a spus Walerstein. Dar a relatat povestea fetei încă o dată – de data aceasta cu un diagnostic probabil, pe care însă trebuia să-l confirme. „Sunt sigur că oftalmologul a crezut că sunt nebun, până când a văzut inelele.” Imediat ce Walerstein a primit rezultatele, s-a dus grăbit în camera pacientei să le spună fetei şi mamei ei ce descoperiseră.

Crystal Lessing a fost transferată în noaptea aceea cu elicopterul la Presbyterian Hospital din New York. Pacienţii în starea cea mai gravă au prioritate pe lista pentru transplant. Fără un ficat nou, Crystal ar fi murit în câteva zile, ceea ce a aşezat-o în capul listei. A primit un organ săptămâna următoare şi a supravieţuit.

Povestea lui Crystal este coşmarul oricărui pacient: să fii bolnav, chiar pe moarte, iar un şir nesfârşit de doctori să nu-şi poată da seama de ce. Să primeşti un diagnostic greşit sau niciun fel de diagnostic şi să fii lăsat la discreţia ravagiilor bolii, fără să te poţi baza pe altceva decât pe propria ta rezistenţă şi pe terapia care li se pare doctorilor cea mai bună. Să trăieşti sau să mori într-un spital modern, cu aparatură de ultimă oră, şi totuşi fără un diagnostic care să ghideze utilizarea acesteia.

Cum a reuşit în cele din urmă Walerstein să pună un diagnostic, după ce atâţia alţii eşuaseră? Cum pun doctorii aceste diagnostice dificile? Walerstein este modest în privinţa rolului său în acest caz. „Cred că, pur şi simplu, am avut suficient de mult noroc, încât să cunosc această formă rară a acestei boli rare. În medicină nimeni nu poate să ştie totul. S-a întâmplat ca eu să ştiu despre asta", mi-a spus el. Uneori, e un proces misterios – chiar şi pentru doctorii înşişi. „S-a aprins un bec şi s-a făcut legătura”, mi-a spus Walerstein. „Asta e tot ce ştiu.”

Cartea de faţă vorbeşte tocmai despre acel bec – cum ştiu doctorii ceea ce ştiu şi cum aplică ceea ce ştiu asupra pacienţilor în carne şi oase, care zac în faţa lor. Poate fi un proces complicat, plin de chichiţe, piste false şi fundături.

Un indiciu important din trecutul pacientului sau din timpul examinării poate fi trecut cu vederea. Un rezultat neobişnuit de laborator poate să arunce mai multă umbră decât lumină. Sau doctorul poate fi prea ocupat sau prea obosit ca să poată gândi cazul în ansamblu. Până şi marele William Osler trebuie să fi avut zilele lui proaste.

Iar pacientului, prin definiţie bolnav, adesea obosit şi suferind, incoerent din cauza tulburării, i se dă sarcina esenţială de a spune povestea care l-ar putea ajuta pe doctor să-i salveze viaţa. Aceasta predispune la greşeli şi nesiguranţă. Este „un proces de deducţie, desfăşurat în condiţii de incertitudine, adesea cu informaţii incomplete, uneori contradictorii” 2, spune Jerome Kassirer, fost editor al *New England Journal of Medicine* şi unul dintre primii şi cei mai profunzi scriitori moderni despre acest proces atipic.

Este o cale către răspuns capricioasă, plină de naratori necredibili – atât umani, cât şi tehnologici – şi totuşi, în ciuda improbabilităţii, răspunsul este adesea găsit şi vieţile sunt salvate.

Adesea, dar nu întotdeauna. Posibilitatea erorii este prezentă mereu.

Fără îndoială, nu este o noutate că erorile medicale sunt frecvente. În 1999, National Institutes of Health (NIH) şi Institute of Medicine au publicat un raport pe acest subiect – *A greşi este omenesc.* În acest raport acum celebru, autorii conchideau că, în fiecare an, există până la 98 000 de pacienţi care mor din cauza erorilor medicale – acelaşi număr de morţi la care am asista dacă, în fiecare zi, timp de un an, s-ar prăbuşi câte un avion de pasageri de mare capacitate. Aceasta a declanşat un efort naţional de reducere a ratei erorilor în medicină, ale cărui rezultate nu s-au ivit încă.

Acel raport nu cerceta erorile de diagnosticare.

Şi totuşi, erorile de diagnosticare alcătuiesc o bună parte din erorile comise în medicină. În funcţie de studiul căruia îi dăm crezare, este prima sau a doua cea mai frecventă cauză de proces medical. Studiile sugerează că între 10 şi 15% dintre pacienţii consultaţi în secţiile de specialitate din cadrul medicinei primare – medicina internă, medicina de familie şi pediatria – primesc un diagnostic incorect. Adesea, eroarea nu are niciun efect – oamenii se însănătoşesc de la sine sau se întorc la doctor atunci când simptomele se agravează –, dar doctorii şi pacienţii deopotrivă îşi fac griji legate de posibilitatea unei erori de diagnostic care face rău sau chiar ucide. Într-un studiu asupra dosarelor a peste treizeci de mii de pacienţi, cercetătorii au descoperit

că erorile de diagnostic erau responsabile pentru 17% dintre reacţiile adverse.

Capacitatea doctorilor de a pune diagnostice este tot mai bună. Testele şi imagistica au făcut posibile diagnostice care pe vremuri puteau fi cunoscute doar la autopsie. Şi, cu toate că studiile post-mortem făcute în Statele Unite sugerează că rata diagnosticelor eronate a fost remarcabil de stabilă de-a lungul ultimelor câteva decenii, această statistică este distorsionată de numărul tot mai mic de autopsii efectuate. Un studiu făcut la University Hospital Zurich din Elveţia, unde există o rată a autopsiei de 90%, arată că de-a lungul ultimelor câteva decenii numărul diagnosticelor ratate sau greşite a scăzut constant. Un alt studiu făcut pentru Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, divizia de cercetare a NIH) arată o tendinţă similară în Statele Unite, dacă luăm în calcul numărul de autopsii tot mai redus.

Totuşi, teama de un diagnostic greşit este mereu prezentă, atât pentru doctori, cât şi pentru pacienţi. Drept urmare, există un interes nou, crescând, pentru mai buna înţelegere a erorilor de diagnosticare în medicină. Prima conferinţă pe această temă – unul dintre primele semne ale interesului crescând pentru cercetare – s-a ţinut în Phoenix, în 2008. Iar AHRQ, agenţia guvernamentală însărcinată cu îmbunătăţirea calităţii sănătăţii în Statele Unite, a oferit primele surse de cercetare pe această temă în toamna lui 2007.

Cercetările referitoare la eroarea de diagnosticare, ca şi cele legate de procesul de diagnosticare însuşi, constituie încă un domeniu foarte nou. Până şi stabilirea a ceea ce constituie eroare de diagnostic este dificilă. Ceea ce un pacient atent ar putea considera eroare nu este neapărat acelaşi lucru cu ceea ce doctorul lui, la fel de atent, ar putea considera eroare.

De exemplu, atunci când la cabinetul meu vine un pacient cu gâtul roşu şi febră, încerc să văd dacă are streptococi, iar dacă nu, probabil că la plecare îi dau un diagnostic de boală virală. Dar unor astfel de pacienţi le împărtăşesc ce mă aştept să se întâmple în următoarele câteva zile – ca ei să înceapă să se simtă mai bine peste o zi sau două. Dacă nu, le spun să mă sune şi să mă anunţe. Pentru că, deşi şansele ca asta să fie pur şi simplu un simptom viral sunt foarte mari, nu este 100% sigur. Ar putea să fie greşit. Analiza poate fi greşită. Ar putea să fie vorba de mononucleoză. Ar putea fi cine ştie ce alt tip de amigdalită bacteriană. Ar putea fi cancer.

Nu pot să mă uit sub capotă şi să văd dacă bujiile trebuie schimbate – aşa cum diagnostichează mecanicul sunetul ciudat pe care îl scoate maşina ta. În schimb, trebuie să ascult motorul şi, pe baza probelor indirecte pe care le pot aduna, să încerc să ghicesc, cu

atenţie şi ţinând cont de cât mai multe informaţii, ceea ce probabil se întâmplă.

Dacă eu îl trimit pe acel pacient acasă cu un diagnostic de sindrom viral, iar el nu se face bine şi trebuie să vină din nou, este asta oare o eroare de diagnostic? Mă aştept ca pacientul să creadă astfel. Şi, cu siguranţă, nu ar fi un diagnostic corect. Dar am comis eu o eroare? Ar fi trebuit să procedez altfel?

Aş fi putut să fiu mai sigură. Aş fi putut să-mi trimit pacientul la un specialist ORL, care ar fi putut să se uite în gâtul lui cu un aparat optic special. Aş fi putut chiar să cer o biopsie a ţesutului inflamat şi roşu, ca să-mi confirm diagnosticul. Asta ar fi consumat timp, ar fi fost dureros pentru pacient şi ar fi costat ridicol de mult. Dar chiar şi aşa, diagnosticul nu ar fi fost 100% sigur. În medicină, nesiguranţa este mediul în care ne mişcăm.

Şansele de a te înşela sunt foarte mari atunci când ai de-a face cu ceva mai complicat decât un gât roşu. Doctorii recunosc, în mult mai mare măsură decât pacienţii pe care îi îngrijesc, că anumite erori sunt inevitabile. Din primul moment în care doctorul se uită la un pacient, începe să formuleze o listă de posibile cauze ale simptomelor – ceea ce se numeşte diagnostic diferenţial. Pe măsură ce povestea este dezvăluită, lista se modifică – bolile de pe listă dispar, pentru a fi înlocuite cu altele noi, care se potrivesc mai bine cu povestea pacientului, cu examinarea lui sau, uneori, cu rezultatele analizelor. La sfârşitul întâlnirii, doctorul are o listă de suspecţi posibili.

Dacă doctorul a analizat problema temeinic, există şanse foarte mari ca unul dintre diagnosticele posibile să fie corect. Însă restul, prin definiţie, vor fi greşite. Ne înşelăm în mod regulat, încercând să găsim adevărul. Este important să ai o listă de posibilităţi, pentru că medicina este complicată, iar bolile şi trupurile diferă, în mod frecvent avem un diagnostic pe care îl considerăm cel mai probabil, dar suntem învăţaţi să avem şi un plan de rezervă, pentru că pacienţii noştri nu au întotdeauna cea mai probabilă boală. Dacă nu e asta, suntem învăţaţi să ne punem întrebarea: ce altceva ar putea fi?

În calitate de colecţionar de poveşti cu diagnostice, mi se întâmplă adesea să fiu întrebată de ce un doctor a reuşit să pună un diagnostic, iar cei de dinaintea lui nu. În ce au constat erorile? Cum au fost comise? Ce putem învăţa?

Uneori problema este o lipsă de cunoaştere.

Fără îndoială, aşa au stat lucrurile în povestea lui Crystal Lessing. Avea o manifestare rară a unei boli neobişnuite. Una dintre limitările umane din medicină este că nimeni nu poate să ştie totul.

De asemenea, în cazul lui Crystal au existat şi erori de gândire. Înţelegerea faptului că problema fundamentală era distrugerea

ficatului a fost o treaptă esenţială în procesul de gândire al lui Walerstein – un aspect care le scăpase tuturor doctorilor care o consultaseră până atunci pe Crystal.

Au existat de asemenea erori în unele dintre datele colectate de la pacientă. Walerstein a observat că „diareea sangvinolentă” a pacientei consta în câteva episoade de scaune sangvinolente din ziua în care venise la spital.

Iar Walerstein a fost, de asemenea, primul care a observat ficatul mărit şi sensibil atunci când a examinat-o pe tânăra femeie – un indiciu că organul acesta nu era atât de normal pe cât sugerau analizele de sânge. De asemenea, anomaliile descoperite prin analize nu au fost interpretate corect, îngălbenirea lui Crystal a fost iniţial atribuită distrugerii celulelor roşii. Şi totuşi, atunci când analizele au arătat că acest masacru al globulelor roşii nu era rezultatul unui sistem imunitar anormal care le ataca, Walerstein a fost primul care a luat în considerare alte cauze ale distrugerii lor. Cercetările sugerează că erorile de diagnostic – cum era să fie şi aceasta – se datorează adesea unei multitudini de paşi greşiţi acumulaţi în timp.

Soluţionarea acestui caz, ca şi a multor altora, a rezidat în folosirea corectă a tuturor instrumentelor aflate la dispoziţia noastră. Walerstein a făcut o anamneză atentă, a efectuat o examinare fizică minuţioasă şi a identificat anomaliile importante din analize. De-abia atunci a fost în măsură să facă legătura dintre informaţiile despre pacient şi propriile cunoştinţe, pentru a pune un diagnostic. Doar atunci piesele puzzleului s-au potrivit.

Vă spun aceste poveşti în aşa fel încât să vă pun pe voi, cititorii, în linia întâi, în locul doctorului de lângă patul pacientului – să simţiţi acea senzaţie de nesiguranţă şi nedumerire atunci când te confrunţi cu un pacient care are o problemă care ar putea să-l omoare. Încerc să vă arăt cum lucrează mintea doctorului în timp ce acesta se străduieşte să-şi dea seama exact ce îl face pe pacient să fie bolnav. În acest scop, am împărţit această carte după paşii pe care îi facem în evaluarea fiecărui pacient pe care îl consultăm. Fiecare capitol se axează pe unul dintre instrumentele meseriei noastre, pe felul în care ar trebui să funcţioneze acesta şi pe modul în care erorile ne fac să ne abatem din drum. Pe măsură ce noi, doctorii, devenim tot mai deschişi în privinţa a ceea ce facem, îi ajutăm pe pacienţi să înţeleagă cum pot participa pe deplin la propria lor vindecare.

Această carte îşi are rădăcinile în rubrica pe care am scris-o în ultimii şase ani pentru *New York Times Magazine.* Această rubrică a fost şansa mea de a împărtăşi cititorilor nespecializaţi colecţia mea personală de cazuri de diagnosticare fascinante. E o colecţie pe care

am început s-o adun (inconştient) cu ani în urmă, în timp ce propria mea carieră medicală era de-abia pe la început.

Am urmat Facultatea de Medicină ca pe o a doua carieră. Prima am început-o la televiziunile de ştiri, mai ales pe teme de medicină, în principal pentru CBS. Nu avusesem intenţia de a urma Facultatea de Medicină; nu era cine ştie ce vis îndelung amânat. Dar într-o zi, în timp ce filmam cu corespondentul de televiziune dr. Bob Arnot, l-am văzut cum a salvat viaţa unei femei în vârstă. Acesta trebuia să transmită despre rafting, când a dispărut brusc de pe barca pe care eu o priveam în monitor. Cameramanul şi cu mine l-am căutat mai încolo şi l-am văzut pe malul râului, scoţând o femeie în vârstă pe malul stâncos. Cameramanul a focalizat din nou pe această nouă imagine, iar eu am privit fascinată cum Bob efectuează resuscitarea cardiopulmonară elementară (REP) şi o readuce la viaţă pe femeia aproape înecată.

Nu am părăsit televiziunea atunci şi acolo, pentru a pleca la Facultatea de Medicină, dar asta mi-a dat ideea şi mi-a revelat o insatisfacţie ascunsă faţă de rolul meu în televiziune. Televiziunea ajunge la milioane de oameni, dar îi atinge pe puţini. Medicina ajunge la mai puţini, dar are posibilitatea de a schimba viaţa celor pe care îi atinge.

Astfel că am făcut doi ani pregătitori la Columbia University, apoi am aplicat şi am fost acceptată la Yale School of Medicine. Mi-am efectuat rezidenţiatul în programul Yale's Primary Care Internal Medicine şi am rămas aici, pentru a avea grijă de pacienţi şi a pregăti noi generaţii de doctori.

Când am început Facultatea de Medicină, m-am gândit că cel mai mult m-ar interesa fiziopatologia – ştiinţa din spatele a ceea ce merge prost atunci când ne îmbolnăvim. De fapt, îmi plăcea foarte mult acest domeniu şi încă îmi place. Dar ceea ce îmi captiva imaginaţia erau poveştile pe care doctorii le spuneau despre diagnosticele lor remarcabile – simptome misterioase care erau investigate şi soluţionate. Acestea erau poveştile pe care mă trezeam că le spun soţului meu şi prietenilor la masa de seară.

După ce tratasem subiecte medicale la televiziune atât de mulţi ani, credeam că ştiu cum funcţionează medicina. Dar aceste poveşti dezvăluie un nou aspect al medicinei – unul bine cunoscut de doctori, dar rareori discutat în afara cercurilor lor. Prin scrierea rubricii mele, iar acum a acestei cărţi, încerc să fac cunoscută o faţă a medicinei care este şi interesantă, şi importantă. Interesantă deoarece procesul dezlegării misterului bolii unui pacient este asemenea unei neînsemnate munci detectivistice – complicat, dar plăcut. Important deoarece oricare dintre noi poate deveni într-o bună zi acel pacient.

Cu cât ştiţi mai multe despre acest proces, cu atât veţi fi mai pregătiţi să contribuiţi la el şi să îl înţelegeţi.

Partea I

Fiecare pacient spune o poveste

Capitolul 1

Faptele şi ceea ce stă în spatele lor

Tânăra femeie era aplecată deasupra unui lighean mare şi roz atunci când dr. Amy Hsia, o rezidentă în primul ei an de pregătire, a intrat în rezerva acesteia de la urgenţe. Fata şi-a ridicat privirea către doctoriţă. Pe faţă îi curgeau lacrimi.

— Nu ştiu dacă mai pot suporta asta, a suspinat Maria Rogers, de douăzeci şi doi de ani.

De când sosise la urgenţe, în dimineaţa aceea devreme, primise deja două medicamente care să oprească accesele de vomă care o aduseseră aici – medicamente care, în mod evident, nu funcţionaseră.

— Am senzaţia că am petrecut cea mai mare parte a ultimelor nouă luni în spitale şi în cabinetele doctorilor, i-a spus Maria încet doctoriţei.

Iar acum iat-o din nou în spital. Fusese perfect sănătoasă după ultimul Crăciun. Se întorsese acasă de la colegiu, ca să-şi vadă familia şi să iasă cu prietenii ei. În timp ce se pregătea să se întoarcă din nou la şcoală, a copleşit-o o senzaţie ciudată de greaţă. Nu putea să mănânce. Orice miros – în special de mâncare – o făcea să aibă senzaţia că îi vine să vomite. Dar nu a vomat. Cel puţin nu la început.

A doua zi, în timp ce se întorcea cu maşina la şcoală, a invadat-o dintr-odată o transpiraţie rece şi a trebuit să tragă pe dreapta ca să vomite. Iar după ce a început, părea că nu se va mai opri niciodată. „Nu-mi dau seama cum am ajuns la şcoală, pentru că aveam senzaţia că trebuie să mă dau jos din maşină ca să vomit la fiecare câteva minute."

Maria şi-a petrecut primele câteva zile ale semestrului în pat. După ce a revenit la cursuri, prietenii ei glumeau că încearcă doar să scape de cele câteva kilograme în plus puse în vacanţă. Dar ea se simţea bine şi nu voia să-şi bată capul cu asta.

Până când s-a întâmplat iar. Şi iar. Şi iar.

Crizele erau de fiecare dată la fel. Avea acea senzaţie ciudată de greaţă timp de câteva ore, apoi începea să vomite, iar accesele ţineau zile în şir. Nu avusese deloc febră sau diaree; nici crampe şi nici măcar vreo durere serioasă, încercase tot ce putuse găsi la farmacie: Tums, Pepcid, Pepto-Bismol, Prilosec, Maalox. Nimic nu îi era de folos. Faptul că ştia că o nouă criză poate să înceapă în orice clipă, fără avertisment, mocnea insistent într-un colţ al minţii ei.

La fiecare criză se dusese la cabinetul medical. Doctorul de acolo îi dădea un test de sarcină, iar când acesta ieşea negativ, cum se întâmplase de fiecare dată, îi dădea nişte fluide intravenoase, câteva doze de Compazine (un medicament care controlează greaţa) şi, după o zi sau două, o trimitea înapoi la cămin. La jumătatea semestrului s-a retras de la şcoală şi s-a întors acasă.

Maria s-a dus la doctorul ei obişnuit să o consulte. Acesta era nedumerit, aşa că a trimis-o la un gastroenterolog, care a pus-o să facă o endoscopie superioară, o colonoscopie, o analiză cu bariu, o tomografie a abdomenului şi încă una a creierului. Sângele ei a fost analizat pentru boli de ficat, de rinichi şi câteva boli ereditare stranii de care Maria nu auzise în viaţa ei. Nimic nu era anormal.

Un alt specialist s-a gândit că ar putea fi vorba de migrene abdominale. Durerile de cap de tip migrenă sunt cauzate de un flux sangvin anormal spre creier. Mai rar, acelaşi tip de flux sangvin anormal spre intestine poate produce greaţă şi vomă – echivalentul gastrointestinal al durerii de cap de tip migrenă. Acel doctor i-a dat Mariei un medicament care să prevină aceste „dureri de cap” abdominale şi altul pe care să-l ia dacă, chiar şi aşa, survenea o criză. Când acestea nu au fost de folos, doctorul a încercat un alt regim. Iar când şi acesta a eşuat, Maria nu s-a mai dus la el.

Ciudat era, i-a spus ea lui Hsia, că singurele ocazii în care se simţea cât de cât normal în timpul acestor crize era atunci când făcea un duş fierbinte. Unul rece nu o ajuta deloc; nici măcar unul cald nu avea efect. Dar dacă stătea sub un jet de apă atât de fierbinte pe cât putea suporta ea, vomarea înceta şi greaţa ceda încet. De câteva ori, venise la spital doar pentru că nu mai avea apă fierbinte acasă.

Recent, un prieten îi sugerase că poate era o alergie alimentară, aşa că Maria renunţase cam la orice în afară de suc de ghimbir şi biscuiţi săraţi. Asta păruse să funcţioneze – pentru o vreme. Însă cu două zile, în urmă se trezise cu aceeaşi senzaţie supărătoare. De ieri, voma încontinuu.

Maria Rogers era o femeie mică, uşor supraponderală, cu un păr castaniu, lung şi des, acum prins la spate cu o agrafă. Pielea ei măslinie era curată, însă palidă. Avea ochii umflaţi de la plâns şi oboseală. Părea bolnavă şi era în mod evident tulburată, s-a gândit Hsia, dar nu bolnavă cronic.

Cât de des avea aceste accese de greaţă? a întrebat-o ea pe fată. Cam o dată pe lună, a răspuns Maria. Sunt legate de ciclul tău? a încercat Hsia, plină de speranţă. Fata a făcut o grimasă şi a scuturat din cap. Sunt mai frecvente imediat după ce mănânci? Sau când ţi-e foame? Sau când eşti obosită? Sau stresată? Nu, nu, nu şi nu. Nu avea nicio altă problemă medicală, nu lua niciun medicament. Era o fumătoare socială – un pachet de ţigări putea s-o ţină o săptămână, uneori mai mult. Obişnuia să bea – de regulă bere, de regulă în weekenduri, când ieşea în oraş cu prietenii ei.

Mama ei fusese alcoolică şi murise în urmă cu câţiva ani. După ce plecase de la colegiu, Maria stătuse cu tatăl şi sora ei, dar în urmă cu câteva luni se mutase într-un apartament din apropiere, împreună cu câţiva prieteni. Nu avea animale de casă, nu călătorise în ultimul an.

Din câte ştia, nu fusese expusă niciunei toxine. Hsia o examină rapid. Zgomotele gâlgâitoare produse în timpul examinării abdominale erau mai slabe decât era normal, iar stomacul ei era uşor sensibil, dar amândouă descoperirile se puteau datora crizelor de vomă. Nu exista niciun semn de inflamare a colecistului. Niciun semn că ficatul sau splina ar fi mărite. Restul examinării fusese cât se poate de banal. „În timp ce ieşeam pe uşă, mi-a explicat Hsia, ştiam că îmi scapă ceva, dar nu aveam nicio idee ce era. Sau ce să caut.”

Dr. Hsia era rezidentă la programul de pregătire pentru rezidenţiat al Yale’s Primary Care Internai Medicine, unde predau eu acum. Mi-a spus despre Maria Rogers pentru că ştia că adun cazuri interesante şi uneori scriu despre ele în rubrica mea din *New York Times Magazine.* Amy mi-a spus că, în abordarea acestui caz, a ştiut de la început că, dacă era să-şi dea seama ce o făcea pe pacienta ei să sufere atât de mult, nu avea să fie din cauză că avea cunoştinţe bogate – deoarece Maria Rogers consultase deja mulţi experţi. Nu, dacă era să-şi dea seama, avea să fie din cauză că descoperea un indiciu pe care ceilalţi îl trecuseră cu vederea.

Povestea pacientului este adesea cel mai bun loc în care să găseşti acest indiciu. Este cel mai vechi instrument de diagnosticare al nostru. Şi se dovedeşte a fi unul dintre cele mai de încredere. De fapt, marea majoritate a diagnosticelor medicale – undeva între 70 şi 90% – sunt puse doar pe baza poveştii pacientului.

Deşi acest lucru este bine cunoscut, prea adesea nici doctorul, nici pacientul nu par să aprecieze importanţa a ceea ce pacientul are de spus pentru punerea diagnosticului. Şi totuşi, acestea sunt informaţii cruciale. Niciuna dintre analizele noastre high-tech nu are o performanţă atât de bună. Şi nici examinarea fizică. De asemenea, nu există nicio altă cale de a obţine aceste informaţii. De regulă, discuţia cu pacientul oferă indiciile esenţiale pentru punerea diagnosticului. Mai mult, ceea ce aflăm din acest simplu interviu joacă adesea un rol important pentru sănătatea pacientului chiar şi după punerea diagnosticului.

Când te duci la un doctor să te consulte, indiferent de doctor, există şanse foarte mari ca acesta să te întrebe ce te-a adus acolo. Iar majoritatea pacienţilor sunt pregătiţi să răspundă la asta – au o poveste de spus, una pe care au spus-o deja prietenilor şi familiei. Dar este foarte posibil ca pacientul să nu aibă prea multe şanse de a spune acea poveste.

Doctorii consideră adesea acest prim pas al procesului de diagnosticare ca pe o interogare prin care dr. Joe Friday obţine „Doar faptele, doamnă”, iar pacientul, un martor pasiv la crima aflată în desfăşurare, oferă o mărturie şovăitoare şi cumva limitată a ceea ce

s-a întâmplat. Din această perspectivă, povestea pacientului e importantă doar ca vehicul al faptelor cazului.

Din cauza acestei atitudini de tip „doar faptele”, doctorii îşi întrerup adesea pacienţii înainte ca aceştia să apuce să-şi spună povestea complet. În înregistrările întâlnirilor dintre doctori şi pacienţi[1], când atât doctorii, cât şi pacienţii ştiau că sunt înregistraţi, doctorii îl întrerupeau pe pacient din descrierea iniţială a simptomelor sale în peste 75% dintre cazuri. Şi se întâmpla destul de repede. Într-un studiu, doctorii aşteptau în medie şaisprezece secunde înainte să intervină – unii întrerupându-şi pacientul după doar trei secunde.

Şi odată ce povestea fusese întreruptă, se întâmpla adesea ca pacienţii să nu o reia. În aceste întâlniri înregistrate, mai puţin de 2% dintre pacienţi îşi duceau povestea până la capăt, odată ce doctorul intervenise.

Drept rezultat, doctorii şi pacienţii au adesea o înţelegere foarte diferită a consultaţiei şi a bolii. Foarte multe sondaje au arătat că, atunci când erau chestionaţi după o consultaţie la cabinet, doctorul şi pacientul adesea nici măcar nu erau de acord asupra scopului consultaţiei sau problemei pacientului. Într-un studiu, peste jumătate dintre pacienţii intervievaţi după consultarea unui doctor aveau simptome care îi preocupau, dar pe care nu avuseseră ocazia să le descrie. În alte studii, doctorul şi pacientul nu erau de acord în privinţa plângerii principale – motivul pentru care pacientul se dusese la doctor – între 25 şi 50% din cazuri. Aceasta este o informaţie care nu poate veni decât de la pacient şi totuşi, de nenumărate ori, doctorii nu reuşesc să o obţină. Dr. George Balint, unul dintre primii care au scris despre acest subiect, avertiza: „Dacă puneţi întrebări, veţi primi răspunsuri, nimic altceva”. Ceea ce nu veţi obţine este povestea pacientului, iar această poveste oferă adesea nu doar ce-urile, unde-urile şi când-urile extrase prin interogare, dar, adesea, şi de ce-urile şi cum-urile.

Mai mult, modelul interogării face presupuneri despre simptomele şi bolile sugerate pacientului. Şi, chiar dacă aceste presupuneri pot fi adevărate pentru majoritatea celor care au aceste simptome, este posibil ca ele să nu fie adevărate pentru acel individ anume. Marele detectiv ficţional Sherlock Holmes vorbeşte pe larg despre diferenţa dintre acţiunile şi gândurile indivizilor, atunci când sunt comparate cu media. Holmes îi spune lui Watson că, deşi este posibil să spui cu exactitate ceea ce va face omul obişnuit, „nu poţi să prevezi niciodată ceea ce va face un individ anume”. Diferenţa dintre medie şi individ poate să nu fie dezvăluită, dacă doctorul nu întreabă.

„Este mult mai important să ştii ce fel de pacient are boala decât ce fel de boală are pacientul”, le-a recomandat Osler elevilor săi la

[1] Detectiv din serialul de televiziune L.A.P.D. (n. t)

începutul secolului XX. Cu toată tehnologia noastră de diagnosticare şi înţelegerea noastră mai bună a fiziopatologiei bolii, cercetările arată că lucrul acesta rămâne adevărat.

Astfel că obţinerea unei bune anamneze este un proces de colaborare. Un doctor care scrie des pe astfel de teme foloseşte metafora a doi scriitori care colaborează la un manuscris, dând de la unul la altul ciornele poveştii până când sunt amândoi satisfăcuţi. „Ceea ce aduce pacientul în acest proces este unic: faptele particulare şi private ale vieţii şi bolii sale.” Iar ceea ce aduce doctorul este cunoaşterea şi înţelegerea care îl ajută să pună acea poveste în ordine, în aşa fel încât să aibă logică şi pentru doctor – care o foloseşte pentru a pune un diagnostic – şi pentru pacient care trebuie să integreze apoi acea intrigă secundară în povestea mai mare a vieţii sale.

Dacă obţinerea unei bune anamneze este atât de importantă pentru punerea unui diagnostic precis, de ce ne iese asta atât de rău? Există mai multe motive.

În primul rând, cercetătorii, doctorii şi pacienţii ar fi de acord că timpul joacă un rol important. O vizită la cabinetul doctorului durează în medie douăzeci şi două de minute. Deşi există impresia că doctorii petrec tot mai puţin timp cu pacienţii, în realitate această cifră a crescut de-a lungul ultimilor douăzeci de ani. În 1989, consultaţia medie a unui doctor dura şaisprezece minute. În ciuda acestui timp suplimentar, atât doctorii, cât şi pacienţii sunt adesea de acord asupra faptului că timpul petrecut de ei împreună este totuşi prea scurt.

În consecinţă, doctorii depind adesea de câteva întrebări foarte precise ca să extragă informaţiile despre care cred că îi vor ajuta să pună rapid diagnosticul. Totuşi, este evident că efortul acesta de reducere a timpului necesar pentru obţinerea unei bune anamneze creşte riscul neînţelegerii şi al ratării unor informaţii. Ca multe alte scurtături, şi această scurtătură informaţională ajunge adesea să ia mai mult timp decât acele interviuri în care pacienţii au posibilitatea să îşi spună povestea în propria lor manieră.

Studiile sugerează că obţinerea unei bune anamneze permite doctorilor să ceară mai puţine analize şi să facă mai puţine trimiteri – fără ca asta să dureze mai mult timp. De fapt, unele studii sugerează că obţinerea unei bune anamneze poate chiar să reducă timpul consultaţiei.

În plus, pacientul e mai satisfăcut, adeziunea faţă de terapie mai bună, soluţionarea simptomelor mai rapidă şi procesele mai rare.

Lipsa pregătirii poate să contribuie şi ea la această problemă. Doctorii îşi petrec doi ani în sălile de curs învăţând cum să identifice şi să clasifice procesele evoluţiilor bolilor, cuplând simptomele cu bolile cunoscute, dar până de curând foarte puţine programe ofereau

pregătire pentru modul de obţinere a acestor informaţii esenţiale. Presupoziţia părea a fi aceea că predarea acestui lucru nu este necesară. Şi este posibil să fi existat o aşteptare tacită ca tehnologia noastră îmbunătăţită de diagnosticare să reducă dependenţa noastră de acest tip de informaţii personale. Studiile au arătat că niciuna dintre aceste presupoziţii nu este adevărată, iar acum Facultăţile de Medicină oferă cursuri de comunicare doctor-pacient. Mai mult, din 2004, studenţilor la Medicină li se testează abilitatea de obţinere a unei bune anamneze pentru a deveni doctori autorizaţi. Este posibil ca o nouă generaţie de doctori să nu folosească aceste instrumente, dar cel puţin dispun de ele.

În sfârşit, mulţi doctori sunt stânjeniţi de emoţiile care sunt uneori asociate cu boala. Când pacienţii îşi prezintă poveştile, ei caută adesea indicii din partea doctorilor în privinţa informaţiilor pe care ar trebui să le ofere. Formatul interogării le spune pacienţilor că ceea ce se aşteaptă de la ei sunt faptele şi doar faptele. Şi totuşi, boala este adesea mult mai mult decât o serie de simptome. Experienţa bolii se împleteşte adesea cu sentimente şi semnificaţii care dau formă şi culoare experienţei şi felului în care pacientul percepe boala, în moduri imposibil de imaginat şi de anticipat de către doctor. Antecedentele familiale de boală de inimă sau cancer îl pot face pe un pacient să minimalizeze un simptom. Recent am primit un telefon de la un prieten, un bărbat de aproape şaizeci de ani, al cărui tată avea o boală de inimă. Pe prietenul meu îl durea pieptul când urca un deal. Se întreba dacă nu cumva din cauză că astmul lui din copilărie revenise. A fost şocat când i-am sugerat să consulte un cardiolog. Avea două artere blocate, care au fost deschise şi durerea lui a fost eliminată complet. Aceleaşi antecedente îl pot face pe altul să exagereze gravitatea unui simptom. Am câţiva pacienţi care şi-au făcut multe teste de rezistenţă pentru că erau îngrijoraţi de durerile din piept. Faptul că testele anterioare nu au indicat vreo boală de inimă nu le oferă siguranţă sau linişte. Grijile financiare pot afecta, de asemenea, modul în care pacienţii îşi spun povestea.

Preocuparea faţă de semnificaţia socială a simptomelor poate complica până şi un diagnostic evident. Am aflat acest lucru din experienţă. O pacientă pe care o consultam în perioada în care eram rezidentă a venit pentru o examinare în urma căreia s*ă-i* dau o adeverinţă ce-i trebuia la şcoală. Era tânără şi sănătoasă. În timp ce terminam şi mă pregăteam să trec la următorul pacient, m-a întrebat dintr-odată despre o leziune de pe fundul ei. Poate fi oare din cauză că făcea abdomene aşezată pe podeaua tare? m-a întrebat ea cumva neliniştită. M-am uitat rapid la leziune. Arăta ca o băşică mică, plasată în despicătura dintre fese.

Bineînţeles, am liniştit-o eu uitându-mă la ceas. Am observat că părea îngrijorată din cauza leziunii, dar nu i-am pus şi alte întrebări şi nu am examinat-o mai minuţios, deoarece rămâneam în urmă cu programul. Doar când leziunea a reapărut, luni mai târziu, pacienta a recunoscut că prietenul ei avusese o erupţie de herpes genital într-o vacanţă în care fuseseră împreună, iar ea nu insistase ca el să-şi pună prezervativ. Reapariţia leziunii făcea ca herpesul să fie vinovatul probabil. Am ratat un diagnostic evident deoarece eram prea grăbită pentru a acorda atenţie neliniştii ei, iar ea era prea stânjenită ca să-mi ofere această poveste alternativă. Se întâmplă mereu.

Toată lumea minte

Acum câţiva ani am primit un telefon de la un producător pe nume Paul Attanasio. Crease un serial de televiziune bazat în parte pe rubrica mea din *New York Times Magazine* şi voia să ştie dacă m-ar interesa să fiu consultantă pentru acest serial. Era o dramă, mi-a spus el, despre un doctor ţâfnos care era un strălucit diagnostician. Am acceptat să lucrez pentru acest serial, gândindu-mă că nu va dura mult. Serialul, numit *Dr. House*, şi-a găsit rapid un public entuziast.

În acest serial, dr. Gregory House nu preţuieşte anamneza pacientului. De fapt, el le spune frecvent elevilor săi că nu ar trebui să creadă versiunea pacientului despre boala şi simptomele lui deoarece „toată lumea minte”, în contextul serialului, aceste lucru este într-o oarecare măsură adevărat. Pacienţii îl mint frecvent pe House, uneori şi pe subordonaţii lui – nu pentru că pacienţii sunt mincinoşi de felul lor, ci pentru felul în care este House. După cum apare el (strălucit interpretat de Hugh Laurie), House este departe de doctorul amabil şi blând a cărui prezenţă încurajează încrederea şi mărturisirile, în schimb, este narcisic şi arogant, dependent de droguri şi oarecum pedant. Este o versiune mai întunecată şi mai încrâncenată a meditativului detectiv al lui Conan Doyle, Sherlock Holmes. Comportamentul lui House le sugerează pacienţilor că sentimentele şi semnificaţiile pe care boala le-ar putea avea pentru ei nu sunt importante, astfel că ei nu le împărtăşesc. Drept rezultat, House obţine adesea doar o parte a poveştii lor.

Misterul se rezolvă doar atunci când restul poveştii este dezvăluit – fie din probe găsite atunci când subordonaţii lui pătrund prin efracţie în casa pacientului (o modalitate excentrică de a obţine o anamneză completă) sau când, în cele din urmă, pacientul este obligat să dezvăluie adevăruri tăinuite. House recunoaşte importanţa unei anamneze complete a pacientului, dar conchide că problema e pacientul care minte, mai degrabă decât doctorul care nu reuşeşte să stabilească o relaţie în care adevărurile dificile, stânjenitoare sau tulburătoare să poată fi spuse.

Amy Hsia ştia de la început că, dacă avea să descopere cauza episoadelor ciclice de vomă ale Mariei Rogers, asta se va întâmpla datorită unei părţi esenţiale a anamnezei pe care ea ar fi putut s-o obţină şi pe care ceilalţi ar fi trecut-o cu vederea. Dar, în timp ce stătea în faţa camerei pacientei în acea după-amiază, nu era sigură că o găsise. A parcurs teancul gros cu fişele de observaţie, citind rezultatele analizelor adunate de toţi ceilalţi doctori implicaţi în acelaşi exerciţiu în timpul spitalizărilor anterioare, încercând să dea un sens ansamblului. Nimic nu îi sărea în ochi. Descrierea sumară a simptomelor şi anamneza nu ofereau nimic ce să nu fi aflat ea însăşi de la pacientă.

Hsia a luat din nou în considerare un diagnostic diferenţial. Greaţa şi voma au o foarte lungă listă de cauze: ulcer, calcul la vezica biliară, ocluzie, infecţie, hepatită, pancreatită, colită, atac cerebral şi criză cardiacă. Niciuna dintre ele nu părea să se potrivească în cazul unei femei tinere cu episoade multiple de vomă şi nenumărate analize care nu arătau nicio anomalie. Poate că nici ea nu avea să reuşească să-şi dea seama ce are această pacientă. A recomandat o nouă medicaţie care să atenueze greaţa şi apoi s-a dus să consulte pacientul următor.

A doua zi dimineaţa, când dr. Hsia, rezidenta ei supervizoare şi doctorul curant – troica echipei care îngrijeşte pacientul în spitalele moderne – au vizitat-o pe domnişoara Rogers, patul fetei era gol. Zgomotul duşului le-a indicat unde plecase. Asta a atras atenţia tinerei rezidente. Când trecuse pe acolo cu câteva ore în urmă pentru a o examina pe fată, aceasta era de asemenea la duş. Şi-a amintit că Rogers îi spusese că greaţa se ameliora când făcea duş.

Ce fel de greaţă nu se ameliora cu medicaţiile tradiţionale pentru greaţă – deja le încercase aproape pe toate – dar se ameliora cu un duş fierbinte?

Hsia a pus această întrebare echipei. Nimeni nu mai auzise de un astfel de sindrom. Astfel că, după ce echipa a terminat de consultat toţi pacienţii pe care îi îngrijea, Hsia s-a grăbit să caute un calculator. A intrat pe Google şi a introdus „greaţă persistentă ameliorată de duş fierbinte”. A apăsat pe Enter şi, în mai puţin de o secundă, ecranul era plin de referinţe despre o boală de care Hsia nu auzise niciodată: hyperemesis cannabinoid – vomă persistentă şi excesivă (hyperemesis) asociată cu consumul cronic de marijuana (cannabinoid).

Boala fusese descrisă pentru prima oară în 1996, într-o relatare a unui caz dintr-o revistă medicală australiană. Dr. J.H. Allen, un psihiatru din Australia, descria un pacient aflat în îngrijirea sa cu un diagnostic de vomă psihogenă – vomă datorată unor cauze mai degrabă psihologice decât fiziologice. Allen observa că accesele de vomă ale acestui pacient erau asociate cu un comportament ciudat –

duşuri repetate. Făcea o mulţime de duşuri pe zi. Allen a mai observat că simptomele se ameliorau pe perioada spitalizării, dar reveneau atunci când pacientul era trimis acasă. Pacientul avea un trecut îndelungat de consum cronic şi intensiv de marijuana, iar Allen a emis ipoteza că accesele de vomă ar putea fi provocate de marijuana.

De-a lungul următorilor câţiva ani, Allen a observat tipare similare la alţi pacienţi internaţi cu probleme de vomă, iar în 2001 a publicat o lucrare despre zece pacienţi cu o tulburare pe care el a numit-o „hyperemesis cannabinoid”. Fiecare pacient din seria lui fuma marijuana zilnic; fiecare ajunsese la greaţă şi accese de vomă intermitente. Toţi consumaseră marijuana ani întregi înainte de debutul acestor crize şi, în mod remarcabil, nouă din zece pacienţi relatau că duşurile fierbinţi le ameliorează simptomele, atunci când orice altceva eşuează. Toate simptomele se rezolvaseră atunci când aceşti pacienţi renunţaseră la marijuana, iar apoi reapăruseră la trei din zece, care reluaseră consumul de canabis. Alte relatări despre asemenea cazuri au apărut în întreaga lume.

Era posibil ca asta să fie ceea ce o chinuia pe pacienta lui Hsia? Dar fuma ea marijuana? Hsia s-a dus grăbită în camera pacientei. A găsit-o stând în pat, cu un prosop înfăşurat în jurul părului încă ud. Da, fuma marijuana frecvent. Poate nu în fiecare zi, dar în majoritatea zilelor.

Asta a produs declicul – cel puţin în mintea lui Hsia. Tinerei îi venea să strige de bucurie. Soluţionase cazul, după ce toţi ceilalţi rămăseseră perplecşi! Aceasta este, cu adevărat, una dintre marile satisfacţii ale meseriei de medic – să asamblezi povestea pacientului într-un mod care să dezvăluie diagnosticul.

Hsia i-a explicat pacientei ce descoperise pe internet – că era foarte probabil ca marijuana să îi provoace greaţa. Se simţise mai bine în spital din cauză că acolo nu consuma. Dar când se întorsese acasă şi reluase consumul regulat al acestui drog, greaţa fusese declanşată din nou. Tot ce trebuia să facă era să renunţe la marijuana, a concluzionat Hsia triumfătoare, iar simptomele vor fi vindecate pentru totdeauna.

Această poveste, care din perspectiva lui Hsia părea atât de logică şi de rezonabilă, nu îi părea la fel de raţională şi femeii care o trăia în fiecare zi. Răspunsul lui Rogers a fost spontan, categoric şi – pentru Hsia – şocant. „Astea-s tâmpenii. Nu cred aşa ceva”, s-a răstit pacienta furioasă. Cunoştea mulţi oameni care consumau marijuana mult mai mult decât ea şi nu se îmbolnăviseră astfel. Cum putea Hsia să explice asta? Ei bine? în plus, nu se spunea că marijuana îi ajută pe cei care suferă de greaţă din cauza chimioterapiei? De ce ar fi redus greaţa în acel caz şi ar fi provocat-o în al ei? a întrebat Rogers. Unde era dovada?

Unde era proba?

Hsia era uluită de reacţia pacientei. Crezuse că tânăra avea să fie încântată de vestea că simpla încetare a consumului de marijuana ar vindeca-o de această boală devastatoare. De ce era atât de furioasă?

Mai târziu, în dimineaţa aceea, Hsia le-a spus doctorului supervizor şi rezidentei ce descoperise şi cât de furioasă devenise pacienta după ce îi spusese despre acest diagnostic. Celorlalţi doctori care îngrijeau pacientul li se părea un diagnostic raţional. Consumul de marijuana, natura ciclică a simptomelor, efectele curative ale duşului fierbinte păreau ceva sigur. Dar cum puteau s-o convingă pe pacientă?

Nu au mai avut ocazia. A doua zi, Maria Rogers a părăsit spitalul. Când au contactat-o, câteva săptămâni mai târziu, Rogers a relatat că greaţa revenise. Da, îşi reluase obiceiul ei de a fuma marijuana în majoritatea zilelor, dar încă nu credea că există o legătură. Aranjase să fie consultată de un gastroenterolog de la Yale. Când am vorbit cu domnişoara Rogers după aceea, mi-a spus că doctorii de acolo au cerut multe din aceleaşi analize făcute de doctorii ei anteriori. Deloc surprinzător, rezultatele au fost aceleaşi. Din perspectiva Mariei, ceea ce avea ea era încă un mister.

În medicină, pacientul spune povestea bolii lui doctorului, care rearanjează elementele într-o formă medicală şi cu un limbaj de specialitate. De obicei, doctorul va completa povestea, încorporând bucăţi de informaţii adunate cu ajutorul întrebărilor, prin examinarea corpului şi prin analizele efectuate – iar rezultatul poate fi o poveste care are sens – în care toate părţile însumate dau, în cele din urmă, un singur diagnostic unificator.

Dar povestea bolii nu se poate opri aici.

Odată diagnosticul pus, doctorul trebuie să reformuleze din nou povestea pe care a creat-o – şi care l-a ajutat să pună diagnosticul – într-una pe care i-o poate da înapoi pacientului. Trebuie să o transpună în limbajul şi în contextul vieţii pacientului, astfel încât acesta să poată înţelege ce i s-a întâmplat, iar apoi să încorporeze acest lucru în povestea mai amplă a vieţii lui. Doar atunci când un pacient înţelege boala, cauzele, tratamentul şi semnificaţia ei, se poate aştepta de la el să facă ceea ce trebuie pentru a se însănătoşi.

Studiile au arătat în repetate rânduri că, cu cât pacientul înţelege mai bine boala lui şi tratamentul acesteia, cu atât mai probabil este ca el să poată îndeplini partea lui de tratament. Multe dintre aceste cercetări s-au efectuat pe pacienţi diagnosticaţi cu diabet. Pacienţii care îşi înţeleg boala sunt mult mai dispuşi să urmeze recomandările doctorului despre cum să-şi schimbe dieta şi cum să ia medicamentele, faţă de cei care nu înţeleg.

Este normal. A lua medicamente în mod regulat nu este uşor. Necesită dedicare din partea pacientului. Motivare. O dorinţă de a încorpora acest adaos neplăcut într-o viaţă deja complicată. S-a demonstrat că înţelegerea mai bună din partea pacientului creşte spectaculos gradul de implicare. Aici este punctul în care obţinerea unei bune anamneze – una care să ofere o anumită cunoaştere a pacientului, a sentimentelor sale faţă de boala, viaţa şi tratamentul lui – îşi poate dovedi utilitatea.

Ca să ne întoarcem la povestea Mariei Rogers, Hsia mi-a spus cât de surprinsă a fost când pacienta nu a acceptat explicaţia pe care i-a oferit-o pentru boala ei. Pentru dr. Hsia, faptul că marijuana era legată de greaţă şi vomă era ceva evident. Pentru domnişoara Rogers, nu. Probabil că nu exista nicio modalitate acceptabilă în care Hsia să îi poată explica asta. Povestea spusă de Hsia acestei paciente era povestea doctorului – observaţiile şi investigaţiile care îi permiseseră lui Hsia să pună diagnosticul. Ce nu făcuse ea era să creeze o variantă a poveştii pentru pacient – una care să aibă sens în contextul mai amplu al vieţii ei. Iar apoi pacienta părăsise spitalul şi, odată cu ea, dispăruse şi şansa lor de a-şi da seama cum s-o ajute să-şi înţeleagă boala. Dr. Hsia a încercat să rămână în legătură cu Maria, după ce aceasta a părăsit spitalul, dar după câteva luni numărul de telefon mobil pe care i-l dăduse a fost deconectat, iar o scrisoare a fost returnată. Astfel, după ce a respins un diagnostic şi varianta de tratament pe care o sugera acesta, Maria Rogers încă suferă de o maladie care nu are nici nume, nici leac.

Poveşti care vindecă

Unul dintre cele mai importante şi puternice instrumente pe care le are un doctor rezidă în capacitatea de a-i oferi pacientului înapoi povestea lui, sub o formă care îi va permite acestuia să înţeleagă ce este boala lui şi ce înseamnă ea. Dus la capăt cu bine, acest proces este un dar care îl ajută pe pacient să încorporeze acea cunoaştere într-o poveste mai amplă a vieţii sale. Prin înţelegere, pacientul poate redobândi un anumit control asupra chinului său. Dacă nu poate să controleze boala, poate cel puţin să aibă un anumit control asupra reacţiei sale faţă de ea. O poveste care îl poate ajuta pe pacient să dea o semnificaţie până şi unei boli devastatoare este o poveste care vindecă.

Principala sarcină a doctorului este de a trata durerea şi de a alina suferinţa. Vorbim adesea despre aceste două entităţi ca şi cum ele ar fi acelaşi lucru. Eric Cassell, un doctor care scrie frecvent despre dimensiunea morală a medicinei, susţine, într-o lucrare de acum clasică, ideea că durerea şi suferinţa sunt foarte diferite. Potrivit lui Cassell, durerea este o afecţiune a trupului. Suferinţa este o afecţiune a sinelui. Suferinţa, scrie Cassell, este o stare anume de tulburare

care are loc atunci când integritatea şi caracterul intact al persoanei sunt ameninţate sau perturbate. Astfel, există în viaţă evenimente care pot produce enorm de multă durere, dar care totuşi nu produc suferinţă. Naşterea este, probabil, cel mai evident dintre ele. Femeile resimt adesea durere în travaliu, dar rareori se spune că suferă.

Iar cei care suferă pot să nu aibă niciun fel de durere. Un diagnostic de cancer terminal, chiar şi în absenţa durerii, poate să producă o suferinţă teribilă. Teama de moarte şi de pierderea incontrolabilă a autonomiei şi sinelui, combinată cu teama de o durere care este copleşitoare, poate să producă suferinţă cu mult înaintea începerii simptomelor. Nu există medicamente pentru tratarea suferinţei. Dar, spune Cassell, a da semnificaţie unei boli prin crearea unei poveşti este o modalitate prin care doctorii alină suferinţa.

În cazul Mariei Rogers, dr. Hsia a reuşit să adune datele necesare punerii unui diagnostic. Ştia ce boală are pacienta. Şi totuşi, nu ştia destul despre pacienta care avea acea boală. Povestea pe care i-a dat-o înapoi pacientei era una rezonabilă şi raţională, însă una pe care pacienta nu o putea accepta. Iar când s-a confruntat cu respingerea vehementă a poveştii şi manifestarea emoţională spontană, Hsia a dat înapoi. Înainte să poată să se regrupeze şi să încerce din nou, pacienta a plecat, ieşind de sub îngrijirea ei. Rogers respinsese povestea lui Hsia, respinsese diagnosticul acesteia şi, ultima oară când am vorbit cu ea, continua să caute pe cont propriu o soluţie pentru durerea şi suferinţa ei.

Şi totuşi, povestea potrivită are puteri de vindecare aproape miraculoase. Cu câţiva ani în urmă, am primit un e-mail de la un pacient a cărui recuperare remarcabilă subliniază diferenţa dintre durere şi suferinţă şi puterea vindecătoare a poveştii. Randy Whittier, un programator de douăzeci şi şapte de ani, perfect sănătos şi având de gând să se căsătorească, a început dintr-odată să uite totul. Totul a pornit într-un weekend, când el şi logodnica lui s-au dus în oraşul ei natal să facă ultimele aranjamente pentru nunta lor din primăvara următoare.

Lui îi era greu să se concentreze şi avea adesea nelămuriri referitoare la unde merg şi cu cine stau de vorbă. A pus-o pe seama oboselii – nu dormea bine de ceva vreme – şi nu i-a spus nimic logodnicei lui. Dar luni dimineaţa, când s-a întors la serviciu, şi-a dat seama că are probleme şi i-a trimis un mesaj logodnicei lui, Leslie.

Leslie a văzut iconul pâlpâitor de pe calculatorul ei care o anunţa că a primit un mesaj. A apăsat pe el cu nerăbdare.

„Ceva nu e în regulă”, scria în mesaj.

„Ce vrei să spui?” a răspuns ea imediat.

„Memoria mea e complet terminată. Nu-mi pot aminti nimic”, a scris el. Apoi a adăugat: „În sensul că nu ţi-aş putea spune ce am făcut în weekendul ăsta”.

Lui Leslie a început să îi bubuie inima. Logodnicul ei păruse distrat în ultimul timp. Ea se gândise că poate era doar obosit. Dar în călătoria lor la New York din ultimul weekend fusese straniu de tăcut. Când organizaseră călătoria, fusese foarte entuziast, iar Leslie îşi făcea griji că el începea să aibă ezitări.

„Când e data căsătoriei noastre?” l-a testat ea. Dacă îşi putea aminti ceva, ar fi trebuit să-şi amintească asta. Planificarea căsătoriei dominase ultimele câteva luni din viaţa lor. „Poţi să-mi spui asta?”

„Nu.”

„Sună la doctor. Chiar acum. Spune-i că e o urgenţă.”

În următoarea jumătate de oră, Randy a sunat de trei ori la cabinetul doctorului său, dar de fiecare dată uita ce i-au spus, până să-i trimită mesajul logodnicei lui. Despărţită de kilometri întregi de suburbii şi autostrăzi, Leslie era înnebunită. În cele din urmă, la insistenţele ei, Randy, acum îngrozit, l-a rugat pe un prieten să-l ducă la cel mai apropiat spital.

Câteva ore mai târziu, lui Leslie i-a sunat telefonul. În sfârşit. Randy i-a spus că îl externează. Doctorul de la urgenţe credea că problemele lui de memorie se datorau Ambienului, somniferele pe care le lua. Doctorul spunea că, probabil, simptomele aveau să se amelioreze dacă va înceta să ia medicamentul.

Leslie nu a crezut asta nicio clipă. „Nu pleca nicăieri”, l-a instruit ea. „Vin eu să te iau. Te duc la doctorul tău.” Jumătate de oră mai târziu, l-a găsit pe Randy rătăcind pe strada din faţa spitalului, neştiind sigur ce căuta acolo şi nici chiar cum o cheamă pe ea. Leslie l-a urcat în maşină în grabă şi l-a dus la cabinetul doctorului. De acolo au fost trimişi la Brigham şi la Women’s Hospital din Boston.

În seara aceea, târziu, rezidentul de gardă l-a sunat pe dr. William Abend acasă, pentru a discuta despre ultimul internat. Abend, un neurolog de şaizeci şi unu de ani, derula dosarul medical electronic al pacientului, în timp ce rezidentul îi descria cazul. Pacientul, care nu suferise anterior de nicio boală, venise plângându-se de insomnie şi de pierdere gravă a memoriei. Fusese consultat la psihiatrie – nu era nebun. Rezultatele examinării fizice erau normale, cu excepţia faptului că nu ştia data şi nu-şi putea aminti evenimentele acelei săptămâni şi nici măcar ale acelei zile. Cei de la urgenţe ceruseră un examen IRM al creierului, dar încă nu fusese făcut.

Pacientul avea nevoie de o puncţie lombară, a recomandat Abend, ca să se asigure că nu e o infecţie, şi un EEG, o electroencefalogramă, ca să vadă dacă are atacuri de apoplexie. Ambele ar fi putut afecta memoria. Avea să consulte pacientul a doua zi la prima oră.

Randy era cuprins de agitaţie atunci când Abend a venit să-l vadă. Înalt şi zvelt, cu ochi albaştri foarte gravi, tânărul pacient părea stânjenit de tot ce nu-şi putea aminti. Logodnica lui se dusese să se odihnească puţin, iar mama lui a oferit detaliile lipsă. Prima oară se plânsese de unele probleme cu memoria în urmă cu câteva luni. Weekendul trecut situaţia devenise mult, mult mai gravă. Nu-şi putea aminti nimic din ultimele câteva zile. Nu-şi putea aminti nici măcar că era la spital. În timpul nopţii îşi scosese de mai multe ori perfuzia.

La examinare, Abend nu a găsit nimic ieşit din comun, cu excepţia gradului remarcabil de pierdere a memoriei pe termen scurt. Când Abend i-a cerut pacientului să reţină trei cuvinte – automobil, rezervor şi gelos – pacientul a putut să le repete, dar după treizeci de secunde nu-şi putea aminti nici măcar unul. „Nu era ceva de genul – unde mi-am pus cheile de la maşină?” mi-a povestit Abend. „Pur şi simplu, nu-şi putea aminti nimic.” Neurologul ştia că trebuie să determine rapid ce se întâmplă, înainte să se producă alte daune.

Abend a verificat rezultatele puncţiei lombare – nu exista niciun semn de infecţie. Apoi s-a dus la radiologie, să se uite la rezultatele examen IRM-ului. Nu exista nicio dovadă a vreunei tumori, atac cerebral sau hemoragie.

Ceea ce arăta examenul IRM erau zone care păreau de un alb strălucitor pe griul în mod normal uniform al lobului temporal, pe ambele părţi ale creierului.

Există doar câteva boli care pot produce genul acesta de leziune. Encefalita virală – o infecţie a creierului care este produsă adesea de herpes simplex – era, cu siguranţă, cea mai frecventă. Bolile autoimune precum lupus puteau să producă şi ele acest gen de anomalii. În caz de lupus, mecanismele de apărare naturale ale corpului atacă din greşeală celulele acestuia, ca şi cum ar fi invadatori străini. În sfârşit, şi anumite cancere pot produce asta – de obicei cancerul de plămâni, de obicei la fumătorii mai bătrâni.

Simptomele pe care le prezenta acel tânăr evoluaseră treptat în decursul a două luni. Abend s-a gândit că asta făcea o infecţie precum herpesul mai puţin probabilă. Pacientul începuse deja să primească Aciclovir – medicamentul folosit de obicei pentru tratarea encefalitei herpetice – de vreme ce această boală poate fi mortală atunci când infectează creierul. Deşi lui Abend i se părea puţin probabil, trebuiau să facă teste suplimentare ale lichidului cefalorahidian, ca să se asigure că nu exista nicio dovadă a acestei infecţii virale periculoase.

Lui Abend lupusul i părea încă şi mai puţin probabil. Lupusul este o boală cronică ce poate ataca practic orice organ al trupului şi care se caracterizează, în general, prin dureri de articulaţii şi erupţii. Pacientul nu avea niciuna dintre ele. Totuşi, poate că acesta era primul semn al

acestei boli complexe. Ar fi fost neobişnuit, dar la fel era şi pierderea masivă de memorie a tânărului.

Deşi cancerul e o cauză puţin frecventă a acestui tip de leziune, lui Abend i se părea cel mai credibil în cazul de faţă. Chiar şi nefumătorii fac cancer de plămâni. Iar alte cancere pot produce acelaşi tip de leziune a creierului. Mai mult, dacă aceste simptome erau produse de cancer, existau multe şanse ca ele să dispară odată cu tratarea cancerului. Abend a cerut o tomografie a pieptului, a abdomenului şi a pelvisului. A cere toate aceste tomografii indică nesiguranţă în privinţa a ceea ce cauţi şi unde ar putea fi localizată problema, dar Abend avea convingerea că nu au timp să se înşele.

Rezultatele analizelor au venit treptat, în decursul următoarelor câteva zile. Randy nu avea atacuri de apoplexie. Nu era vorba de un virus. Nu avea lupus. Dar la momentul la care soseau aceste rezultate ale analizelor, doctorii aveau deja un răspuns. Tomografia pieptului lui Randy arătase o masă mare – nu în plămâni, ci în spaţiul dintre ei, zona numită mediastin. O biopsie a dezvăluit diagnosticul final – limfom Hodgkin, un cancer care atacă sistemul imunitar. Avea ceea ce se numeşte sindrom paraneoplazic, o complicaţie rară în care anticorpii care ar fi trebuit să lupte cu cancerul său atacau celulele sănătoase ale creierului.

Randy s-a operat, pentru a-i fi redusă mărimea masei, apoi a început chimioterapia. Şi, în mod remarcabil, memoria a început să-i revină treptat. Dar călătoria la New York rămânea vagă, iar singura lui amintire din timpul săptămânii la spital era faptul că infirmiera îi spusese că pleacă acasă.

Logodnica lui îşi aminteşte ziua în care şi-a dat seama că Randy se însănătoşeşte. Era la câteva săptămâni după ce ieşise din spital. Leslie i-a amintit că voia să se tundă. El i-a spus că încercase să se ducă în ziua anterioară, dar coada de la frizerie era prea lungă.

Lui Leslie i-a venit să plângă. „În clipa aceea, mi-a spus ea, mi-am dat seama, în cele din urmă, că bărbatul pe care îl iubeam era încă acolo şi îşi revenea.”

Când l-am sunat pe Randy, după ce am primit e-mailul lui, încă nu-şi putea aminti prea mult din chinul său, dar îşi înţelegea boala şi prognosticul. Un doctor s-a remarcat din mulţimea de doctori care îl îngrijeau. Marc Wein era student la Medicină, la Brigham, şi ajunsese să fie fascinat de Randy şi boala lui. Citea cu aviditate despre ea, căuta relatări de cazuri ale altor pacienţi cu manifestări de cancer similare şi se întorcea, iar şi iar, pentru a le explica totul lui Randy şi Leslie. Împreună, Marc şi Randy au creat povestea unui diagnostic remarcabil, poveste pe care o înţelegeau amândoi. Şi era extrem de importantă.

Randy îmi spune că nu a avut dureri niciodată, dar ura faptul că, la fiecare cinci minute, devenea o coală albă de hârtie. Ura să piardă sentimentul propriei identităţi.

A acceptat fără rezerve povestea formulată de Wein pentru el. Leslie trebuia să îi aducă aminte adesea detaliile poveştii, dar el îşi amintea că avea cancer şi că vindecarea cancerului l-ar reda sie însuşi. A primit bucuros operaţia, fără să-i pese de durerea provocată de incizia de-a curmezişul pieptului. Era nerăbdător chiar şi să înceapă chimioterapia. În timp ce privea acul intravenos care îi străpungea pielea, îşi amintea că asta înseamnă că e cu un pas mai aproape de însănătoşire. Am vorbit cu Randy de câteva ori în timp ce se confrunta cu acest chin. Optimismul lui nu a scăzut niciodată. Acum a scăpat de boală, iar viaţa lui a mers mai departe. S-a întors la muncă după cinci luni de la acel weekend ciudat, iar după un an s-a căsătorit.

Poate că trupul lui Randy a fost vindecat de chimioterapie, dar mintea lui a fost vindecată de o poveste.

Capitolul 2

Poveştile spuse de ei

La o conferinţă recentă organizată de American College of Physicians din Philadelphia, un prieten care ştia despre interesul meu faţă de diagnostic m-a îndemnat să particip la o prelegere anume. Titlul sărea în ochi, dintre toate Noutăţile din Cardiologie şi Inovaţiile din Nefrologie, Hematologie şi Urologie. Prelegerea se intitula, pur şi simplu, „Păcăleşte-l pe profesor”.

Când am sosit în sala respectivă am rămas uimită – încăperea era plină de sute de doctori. În timp ce treceam de picioare şi genunchi pentru a ocupa unul dintre puţinele scaune libere, m-am uitat la publicul îmbrăcat lejer, în majoritate de vârstă mijlocie. În aer plutea un fel de aşteptare ameţită, amintind de drumul spre o îndepărtată arenă de concert din timpul studenţiei.

În cele din urmă, o femeie înaltă şi zveltă, cu păr bogat şi ondulat şi un zâmbet larg, a intrat pe scenă, dând din cap şi zâmbind către adepţii ei. Publicul a explodat în aplauze.

Era dr. Faith Fitzgerald, o versiune în carne şi oase a doctorului House de la televizor. Este decanul dilemelor de diagnosticare. Sutele de doctori din amfiteatru veniseră să vadă cum abordează o serie de cazuri provocatoare – pacienţi ale căror poveşti au fost trimise de studenţi de la Medicină din toată ţara şi alese pentru această prezentare din cauza dificultăţii şi complexităţii lor. Poveştile pacienţilor erau prezentate doctorului Fitzgerald, una câte una, iar sarcina ei era să îşi dea seama, până la sfârşit, care este diagnosticul. De-a lungul întregii prezentări, dr. Fitzgerald explica publicului modul ei de gândire, jucând rolul unui Sherlock Holmes modern în faţa mulţimii ei de doctori Watson. Era un alt semn al timpului nostru: diagnosticul devenise o formă de entertainment.

După ceea ce a părut a fi o prezentare complet inutilă în faţa acestui public, Fitzgerald şi-a aşezat ochelarii la jumătatea nasului ei lung şi acvilin şi şi-a salutat fanii înfocaţi. Ca toţi bunii vorbitori, a început cu o glumă – o glumă de doctori:

— Înainte de a începe, ca să fie clar, a mârâit Fitzgerald cu vocea ei răguşită de tutun, aş vrea să menţionez – endocardită, tuberculoză, granulomatoză Wegener, aortită Kawasaki, boala Jakob-Creutzfeldt şi gastrită eozinofilică.

A rostit în grabă această listă de boli obscure şi a încheiat cu un râset.

— Nu cunosc niciunul dintre cazurile pe care le voi auzi imediat, dar există şanse al naibii de mari ca prin această listă să fi menţionat cel puţin unul din diagnosticele de caz. Doar ca să ştiţi că le-am rostit.

Mulţimea a râs încântată. La aceste adunări, chiar dacă în cele din urmă nu soluţionezi cazul, se ţine cont dacă diagnosticul final se

numără printre bolile pe care le-ai luat în considerare pe parcurs. Fitzgerald voia să semnaleze faptul că acele cazuri cu care era probabil să se confrunte în ziua aceea nu erau aceleaşi cu cele pe care doctorii le văd în mod normal, în practica lor zilnică. În schimb, erau „fascinoamele”, cazuri incitante pe care doctorii şi le povestesc în bucătărie, la recepţii sau pe scările spitalelor.

Javed Nasir, un tânăr de douăzeci şi ceva de ani, care urma nişte studii postuniversitare la Uniformed Services University Medical School, a păşit pe scenă. El avea să prezinte primul caz – un pacient pe care îl îngrijise în anul trei.

— Bună dimineaţa, dr. Fitzgerald.

Vocea lui tremura uşor. A început cu ceea ce se numeşte (prin tradiţie) plângerea principală.

— „Soţia mea se comportă ciudat.”

Tânărul a privit ezitant spre mulţime şi apoi a continuat.

— Este vorba de o femeie de şaptezeci şi trei de ani, cu antecedente de confuzie crescândă în ultimele trei luni, adusă la spital de soţul ei.

Apoi Nasir a detaliat simptomele pacientului, în formatul medical convenţional.

În următoarele nouăzeci de minute, aceşti doctori au privit-o şi uneori au ajutat-o pe Fitzgerald să parcurgă povestea lui Nasir şi alte două poveşti ale unor pacienţi, dezvăluind prin fiecare dintre ele mecanismul intern al punerii unui diagnostic. Nu îi cunoscuse niciodată pe vreunul dintre aceşti pacienţi, nu îi examinase niciodată, în schimb, Fitzgerald punea diagnosticul folosind o versiune tratată (în sensul propriu) a poveştii pacientului. Aceasta conţinea doar scheletul principal al poveştii originale a pacientului, dezbrăcată de tot ceea ce era unic, personal şi specific, reformulată de doctor şi amplificată de rezultatele examinării fizice şi cele ale analizelor. Toate acestea erau prezentate într-un format cunoscut, foarte bine structurat.

Deşi acest lucru este făcut ca un fel de entertainment, un fel de distracţie intelectuală pentru publicul plin de doctori, este un simulacru a ceea ce doctorii fac cu bolnavii. Genul de poveste esenţializată şi foarte structurată de care depinde acest exerciţiu este unul dintre cele mai importante instrumente pe care îl au doctorii pentru a traduce cunoştinţele abstracte despre corp – adunate din cadavre, eprubete şi cărţi – într-un diagnostic al pacientului din faţa lor. Este un exerciţiu familiar doctorilor, pentru că noi suntem autorii acestor poveşti pentru propriii noştri pacienţi şi public al altor doctori care caută ajutor pentru ai lor.

Nasir a continuat cu povestea pacientei, explicând că starea acesteia de sănătate fusese normală până în urmă cu câteva luni, când începuse să devină tot mai uitucă. A început prin a avea

dificultăţi în găsirea cuvintelor potrivite atunci când vorbea. Soţul ei s-a speriat foarte tare când ea a început să se rătăcească în timp ce conducea chiar şi în cartierul lor. La momentul internării, avea dificultăţi cu cele mai simple activităţi zilnice; nu mai putea să gătească şi nici măcar să se îmbrace fără ajutorul lui. Nu voia nici măcar să iasă din casă fără el.

Fitzgerald e internistă şi decan al Facultăţii de Medicină la University of Carolina din Davis. În timp ce studentul la Medicină spunea povestea pacientei a cărei stare de confuzie se agrava tot mai tare, Fitzgerald se plimba pe scenă. Haina neagră şi lungă fâlfâia în urma ei, lăsând să se vadă pantalonii negri şi strâmţi şi bluza neagră pe gât – costumaţia ei obişnuită.

Era evident că lui Fitzgerald, o veterană a acestui format, îi făceau plăcere provocarea şi publicul – un amestec de veterani şi novici. Timp de peste un deceniu, fusese o obişnuită a conferinţelor de acest fel.

— La examinarea fizică, pacienta este o femeie slabă şi fragilă, care pare timidă şi speriată, a continuat Nasir.

— Timidă şi speriată? a întrebat Fitzgerald.

În versiunea ecranizată, la momentul acesta ar putea să pufăie din pipă.

— Hmmm. Asta ar putea să se datoreze confuziei sau aşa ar putea fi personalitatea ei. Ai aflat ceva despre cum era înainte de toate astea?

Studentul a scuturat din cap.

— Ei bine, cu siguranţă e greu să te simţi încrezător într-o lume pe care dintr-odată nu o mai înţelegi.

Restul examinării fizice nu dăduse la iveală nimic neobişnuit, i-a spus studentul la Medicină.

Fitzgerald s-a oprit din plimbat.

— Prin asta presupun că vrei să spui că rezultatul era normal? a întrebat ea.

Nasir a dat din cap.

— Până şi examinarea neurologică – complet normală?

Studentul a dat din nou din cap. Fitzgerald tăcea, gândindu-se la partea de poveste de până atunci.

— Aţi vrea să cereţi nişte analize? s-a oferit studentul.

În structura acestui tip de reprezentaţie, doctorul poate cere orice analiză, iar dacă pacientul a făcut acea analiză, datele vor fi oferite.

— Sigur.

Fitzgerald a numit imediat analizele pe care voia să le ceară, iar rezultatele i-au fost oferite. Puncţia lombară era normală, nivelul leucocitelor nu era ridicat, ficatul şi rinichii funcţionau bine.

— Deci, practic, tu vrei să spui că avem o femeie ce suferă de demenţă, dar altfel cu rezultatele examinării fizice absolut normale şi fără niciun fel de infecţie sau anomalie a analizelor? a întrebat Fitzgerald.

Apoi s-a întors spre public.

— Puteţi striga răspunsul oricând, nu o să mă simt deloc jignită, le-a spus ea. Ştie cineva? Bun, cel puţin nu este evident nici pentru alţii.

Mie cu siguranţă răspunsul nu îmi era evident, în timp ce începea să ia în considerare datele disponibile despre pacientă, Fitzgerald descria ce gândeşte despre ceea ce auzise.

— În acest moment, îmi place să creez un fel de structură pe care să-mi agăţ ideile. Ca să pot ajunge la un diagnostic diferenţial precis, adesea încep pur şi simplu cu diferite domenii ale medicinei. Deci, ar putea fi o boală congenitală care produce demenţă – cum ar fi un Alzheimer prematur? Poate. Sau ar putea fi infecţioasă? A avut pacienta o viaţă aventuroasă, care să o expună riscului unei boli mai deosebite, transmise sexual, cum ar fi sifilisul sau SIDA?

În timp ce îşi expunea raţionamentul, Fitzgerald a creat o listă de cauze posibile ale acestor simptome.

Din public se auzeau voci care ofereau boli de adăugat la diferenţial. „Boala Parkinson” a strigat un bărbat de la capătul rândului meu. „Jakob-Creutzfeldt” (boala vacii nebune) a propus o femeie din faţă.

— Fă a tomografie cerebrală, a strigat o altă voce.

— Hmmm… tomografie cerebrală.

Fitzgerald s-a gândit la sugestie.

— Acestei doamne nu i s-a descoperit nimic neurologic, aşa-i?

S-a întors spre Nasir, care a aprobat din cap.

— Nicio slăbiciune, niciun atac, niciun tremurat – nimic în afara confuziei. În acest caz, nu cred că o tomografie cerebrală mi-ar arăta prea multe. În spitalul meu este aproape imposibil ca un pacient cu schimbarea stării mentale să iasă de la urgenţe fără tomografie craniană. Şi totuşi, există toate şansele ca a ei să fie normală, aşa că…

A tăcut, gânditoare.

— Eu zic să sărim peste asta.

Odată ce toate datele cazului au fost prezentate, era timpul ca Fitzgerald să-şi pună diagnosticul. A continuat cu diferenţialul ei.

— Ei bine, cauzele frecvente fiind recurente, probabil că e vorba de demenţă multiinfarct sau poate Alzheimer. Dar aici suntem la păcălirea profesorului, aşa că nu e vorba de cauze frecvente. Hmmm.

Apoi s-a întors spre public.

— Aş putea vorbi cu un doctor foarte bătrân?

Publicul a râs, după care au urmat alte câteva sugestii.

— Alte idei? a cedat Fitzgerald. Bine, mă dau bătută. Să auzim.

— Poate că ar fi trebuit totuşi să cereţi tomografia cerebrală, a spus sarcastic studentul la Medicină, încântat că reuşise să-l păcălească pe profesor.

A proiectat ultima imagine pe ecranele mari din faţa sălii. Tomografia cerebrală arăta un cerc neregulat, imens şi alb, care înghesuia şi deforma unduirile ca de spaghete ale creierului. Era o tumoare cerebrală.

— La naiba! E chiar mare, a recunoscut Fitzgerald, scuturând din cap. Este într-adevăr uimitor că nu s-a anunţat mai clar. Ei bine, nu poţi să câştigi tot timpul, nu-i aşa? a spus ea, întorcându-se cu un zâmbet ştrengăresc spre public.

Acesta a aplaudat entuziast. M-am întors spre femeia care stătea lângă mine, încă aplaudând.

— Nu sunteţi dezamăgită că s-a înşelat? am întrebat-o.

Ea a scuturat din cap.

— Nicidecum. E vorba de proces – să auzi povestea şi s-o pui în ordine. Eu la început am vrut să fiu chirurg, dar mi-am dat seama că medicina internă ar fi cea care m-ar menţine alertă din punct de vedere intelectual.

Bărbatul de lângă ea s-a aplecat şi a adăugat:

— Eu nu am venit pentru răspuns. Am venit să văd cum gândeşte.

A obţine diagnosticul corect este, desigur, ceea ce îţi doreşti întotdeauna – şi el este de regulă obţinut la televizor şi în filme. Dar doctorii tânjesc să audă cum gândesc alţii un caz. A transpune povestea mare, variată, complicată şi contradictorie a fiinţei umane care e bolnavă în limbajul simplu, sărăcit şi scheletic al pacientului din pat, iar apoi a face în aşa fel încât acea poveste să îşi dezvăluie concluzia – aceasta este esenţa diagnosticului. Ca într-un superb film de Hitchcock, revelaţia de la sfârşit nu este nici pe departe la fel de interesantă precum calea care ne duce acolo. Aşa că, în ciuda răspunsului greşit, era interesant s-o vezi pe Fitzgerald cum îşi croieşte drum prin acest caz complicat. Iar în celelalte două cazuri prezentate în după-amiaza aceea a avut dreptate. Am reuşit să mă întâlnesc cu ea spre seară.

— O, mă înşel adesea, dar s-ar părea că publicul meu mă iartă.

A râs, apoi a adăugat:

— E o formă de entertainment. O mare parte din forţa de atracţie a medicinei este sherlockiană – să rezolvi cazul pe baza indiciilor. Suntem detectivi; savurăm procesul dezlegării cazului. E ceea ce le place cel mai mult doctorilor.

Genul de poveste pe care Nasir i-a spus-o lui Fitzgerald ţine de esenţa însăşi a procesului sherlockian. Este unul dintre instrumentele

fundamentale de diagnosticare. Doctorii construiesc o poveste despre pacient, pentru a pune un diagnostic. Este o poveste bazată pe ceea ce spune pacientul, dar eliberată de majoritatea detaliilor particulare ale individului şi structurată în aşa fel încât să permită sesizarea modelului recognoscibil al bolii. În ultimul capitol, voi analiza procesul de obţinere a poveştii de la pacient şi sarcina finală de a reda povestea pacientului. Aici mă interesează doar ce anume fac doctorii cu acea poveste, pentru a obţine diagnosticul.

Alcătuită corect, versiunea dată de doctor poveştii deţine adesea cheia recunoaşterii modelului unei boli, ceea ce duce la diagnostic. O mare parte din educaţia pe care doctorii o primesc în cei patru ani de facultate şi în anii următori de pregătire se concentrează pe predarea acestei abilităţi de identificare şi reformulare a acelor aspecte ale vieţii pacientului, ale simptomelor, examinărilor şi investigaţiilor prin care se creează acea versiune a poveştii pacientului ce face posibilă punerea unui diagnostic. De fapt, capacitatea de a crea această versiune simplificată şi impersonală a poveştii pacientului este abilitatea *esenţială* în diagnosticare.

Poate, de asemenea, să pară unul dintre aspectele cele mai dezumanizante ale medicinei. În acest mod, profesoara pensionară elegantă care a fascinat trei generaţii de elevi cu poveşti despre Imperiul Roman şi care i-a făcut să stăpânească declinările limbii latine este redusă rapid, în limbajul diagnosticului, la femeia de şaptezeci şi trei de ani suferind de demenţă cu progresie rapidă din camera 703.

Modul în care doctorii aplică aceste cunoştinţe medicale în cazul unui pacient anume a constituit o zonă de interes şi de cercetări intense timp de decenii. Gândirea actuală se concentrează asupra poveştilor, considerând că ele sunt cheia. Ştiinţele fundamentale ale anatomiei, fiziologiei, biologiei şi chimiei sunt legate de un pacient prin intermediul unor poveşti foarte specifice pe care doctorii le învaţă şi, în cele din urmă, le creează. Aceste poveşti, pe care cercetătorii le numesc acum scenarii de boală, conţin caracteristicile-cheie ale unei boli, pentru a crea o versiune convenţională, un model idealizat al unei boli anume. Pentru fiecare caz în parte, scenariul de boală va fi un agregat slab structurat de informaţii despre pacientul tipic, despre simptomele obişnuite şi rezultatele examinării – cu accent pe cele care sunt specifice sau neobişnuite – ca şi despre patologia şi biologia bolii înseşi. Este povestea pe care fiecare doctor o asamblează pentru sine, cu ajutorul ştiinţelor obţinute din cărţi şi de la pacienţi. Cu cât are mai multă experienţă cu una dintre aceste boli, cu atât scenariul de boală pe care un doctor îl deţine va deveni mai bogat şi mai detaliat.

Crearea de mari baze de date cu aceste scenarii de boală a fost scopul pregătirii medicale cu mult înainte ca ele să se numească aşa. Pe vremea când eram studentă şi apoi rezidentă, în anii 1990, îi auzeai pe doctorii mai bătrâni spunând că singurul pat de la care nu poţi învăţa e al tău. De aceea există programele de rezidenţiat. Consultând cât mai mulţi pacienţi înveţi mai multă medicină şi devii un doctor mai bun.

Unul dintre modurile în care doctorii sunt învăţaţi să gândească despre boli şi în care sunt structurate aceste scenarii de boală este prin folosirea a ceea ce se numeşte perle clinice – observaţii şi aforisme conţinând nuclee de informaţie despre pacienţi şi diagnostice posibile. Aceasta este o tehnică de predare care vine de pe vremea lui Hipocrate, care a publicat mai multe volume intitulate simplu *Aforisme.* Studenţii la medicină de astăzi sunt instruiţi cu cei cinci „F”[2] ai bolilor de fiere – femeie, grasă, patruzeci de ani, fertilă, blondă – caracteristicile celui mai tipic pacient. Sunt îndopaţi cu triada lui Charcot – febră, îngălbenire şi durere în cadranul superior drept (trioul de diagnosticare a unei infecţii a colecistului care se răspândeşte spre ficat).

Perlele clinice sunt adesea inteligent formulate pentru a uşura memorarea lor de către studenţi. În timp ce îngrijeam un pacient care a venit cu un braţ paralizat şi faţa amorţită, mi s-a spus: un atac cerebral este atac cerebral doar după 50 de D50 – ceea ce aminteşte că nivelul scăzut al zahărului din sânge (care poate fi tratat cu 50 de miligrame de dextroză 50%, adică D50) poate provoca simptome care le imită pe cele ale atacului cerebral. În timp ce consultam la urgenţă un pacient care fusese găsit într-un morman de zăpadă şi care nu mai avea deloc puls nici presiune arterială detectabile, mi s-a spus: un om nu e mort până nu e cald şi mort. Cu alte cuvinte, în condiţii de hipotermie (temperatură a corpului scăzută) extremă, funcţiile vitale pot fi imposibil de detectat până când temperatura corpului nu este adusă aproape de intervalul normal. De fapt, acel pacient şi-a revenit complet. Aceste perle sunt mici fragmente ale scenariului de boală, fragmente care îi ajută pe doctori să facă legătura dintre un pacient şi un diagnostic.

Doctorii creează poveşti despre pacienţi care sunt organizate ca aceste scenarii de boală. Folosind cele mai esenţializate şi generalizate relatări ale caracteristicilor pacientului, ale simptomelor şi ale rezultatelor examinării şi analizelor lui, doctorul încearcă să cupleze această poveste cu un scenariu de boală, pentru a pune diagnosticul sau cel puţin pentru a construi diferenţialul. O poveste bine construită îl poate ajuta pe un doctor care nu a consultat niciodată un anumit pacient să-i pună diagnosticul corect.

---

[2] în engleză toate cele cinci caracteristici încep cu litera «F».

Tamara Reardon este astăzi în viaţă pentru că un doctor – nu doctorul ei – a fost în măsură să pună un diagnostic pe baza unei descrieri de un rând a bolii ei. Tamara era o femeie de patruzeci şi patru de ani, cu patru copii, sănătoasă până într-o zi de la începutul unei primăveri în care s-a trezit cu gâtul inflamat şi febră. A luat nişte Advil, i-a trimis pe copii la şcoală şi s-a întors în pat. Era încă acolo atunci când, în după-amiaza aceea, copiii s-au întors de la şcoală. S-a dezmeticit suficient cât să-i pună să-şi facă temele, apoi s-a dus iar în pat. O durea tot corpul; trecea de la tremurături şi frisoane, chiar şi sub cinci pături, la valuri de căldură, însoţite de transpiraţii abundente. Soţul ei a gătit cina în seara aceea, dar ea n-a putut mânca. A doua zi, de-abia dacă s-a putut da jos din pat ca să se ducă la doctor, încă avea febră, gâtul o ardea şi avea un nou simptom: o durea mandibula, mai ales pe dreapta, astfel încât vorbitul şi mâncatul erau chinuitoare. Când doctorul a pus-o să deschidă gura, ca să se poată uita în gâtul ei, a durut-o atât de tare încât a ţipat.

Diagnosticul ei a fost amigdalită. Probabil faringită streptococică. Cu câteva săptămâni în urmă fusese o epidemie în casa ei, aşa că doctorul nici măcar n-a mai trimis o cultură la analize. Pur şi simplu, i-a dat o reţetă pentru un antibiotic numit Biaxin şi i-a spus să se ducă acasă. După câteva zile de antibiotice, Tamara a început să se simtă mai bine. Febra a scăzut şi gâtul o durea mai puţin, dar acum observase în gât o gâlmă care o îngrijora. S-a dus din nou la doctor. Acesta s-a uitat în gâtul ei. De data aceasta, era mult mai uşor – mandibula n-o mai durea. Amigdalele ei arătau bine – culoarea roşu-aprins dispăruse şi nu mai erau umflate. Dar în spatele gâtului ei, doctorul a văzut nişte pete albe care nu fuseseră acolo înainte. Iar gâtul era umflat şi sensibil pe dreapta. Doctorul s-a gândit că umflătura era, probabil, doar un nodul limfatic încă inflamat de la infecţia recentă, dar era puţin nedumerit de petele albe. I-a dat Tamarei Prednison – un steroid – pentru o săptămână, ca să-i reducă inflamaţia, de vreme ce o deranja. Şi i-a făcut trimitere la un doctor ORL, în legătură cu acele pete albe.

Steroidul a redus umflătura din gât aproape imediat. Iar oboseala şi senzaţia de durere pe care le avusese de când se îmbolnăvise au început să scadă. Orice ar fi fost, acum dispăruse.

A doua zi după ce şi-a luat ultima doză de Prednison, Tamara s-a trezit cu febră. Iar umflătura din gât revenise – şi chiar mai rău decât fusese înainte să ia steroizii. De-abia dacă putea să deschidă gura. Nu-şi putea mişca gâtul. Avea o programare la ORL-ist pentru a doua zi, dar Tamara se simţea prea rău ca să mai aştepte. Soţul ei a dus-o la urgenţe şi, după o aşteptare de câteva ore, Tamara a primit nişte

Darvocet (un analgezic) şi a fost sfătuită să consulte ORL-istul a doua zi.

Aşa a şi făcut, dar nici acesta nu ştia sigur ce se întâmplă. Tamara avea febră şi gâtul ei era umflat şi roşu pe partea dreaptă. Umflătura părea prea mare ca să fie vorba doar de nodulii limfatici. Doctorul era îngrijorat că Tamara ar putea avea un abces ascuns în amigdale. S-a uitat în gâtul ei cu ajutorul unei camere video minuscule, încorporată în vârful unui tub subţire. Petele albe care l-au îngrijorat pe doctorul ei dispăruseră. N-a găsit niciun indiciu al vreunui abces, aşa că i-a mai dat steroizi pentru câteva zile şi încă un tratament cu antibiotice. Şi i-a făcut o tomografie la gât.

În seara aceea, doctorul ORL-ist s-a dus la o întâlnire a asociaţiei medicale din oraş. S-a întâlnit cu un vechi prieten, dr. Michael Simms, specialist în boli infecţioase. În timp ce se îndreptau spre locurile lor, ORL-istul s-a gândit la deconcertantul său caz.

— Hei, Mike, te rog, ajută-mă cu ceva. Am o femeie de patruzeci şi patru de ani care a avut amigdalită şi acum are febră, dureri de mandibulă şi o umflătură pe partea dreaptă a gâtului. I-am făcut tomografie şi nu e niciun abces, doar un cheag în vena jugulară. Ştii cumva ce e?

Simms s-a uitat la prietenul său. A meditat la faptele relatate de ORL-ist.

— A avut recent amigdalită, iar acum are febră, dureri în partea dreaptă a gâtului şi un cheag în vena jugulară?

ORL-istul a aprobat din cap.

— Cred că are sindromul Lemierre, a spus Simms imediat.

Dr. André Lemierre, un doctor din Paris, a descris primul această boală în 1936. Este rară şi se întâlneşte cel mai frecvent la adolescenţi şi adulţi tineri. Lemierre a descris mai multe cazuri din această boală, care începe cu febră şi amigdalită şi evoluează spre gât dureros şi adesea umflat, pe măsură ce infecţia avansează spre vena jugulară. Odată ajunsă acolo, bacteria provoacă formarea de cheaguri de sânge, care apoi umplu restul corpului cu mici fragmente de ţesut infectat.

Înainte de descoperirea penicilinei, boala era de regulă fatală. Folosirea pe scară largă a penicilinei pentru tratarea tuturor durerilor de gât grave, în timpul anilor 1960 şi 1970, a eradicat, practic, această boală. Dar, de-a lungul ultimilor douăzeci de ani, sindromul Lemierre a reuşit un fel de revenire – consecinţă involuntară a unei utilizări mai prudente a antibioticelor şi a creării de noi medicamente – precum Biaxin, ceea ce primise Tamara – care sunt mai uşor de suportat, dar mult mai puţin eficiente decât penicilina împotriva infecţiilor potenţial mortale.

Simms a consultat-o pe Tamara a doua zi. De la începerea medicaţiei se simţea mult mai bine – aproape că nu mai era bolnavă – aşa că a fost surprinsă atunci când Simms i-a recomandat să se ducă la spital chiar în ziua aceea. S-a dus, şi exact la timp. Infecţia ajunsese deja în plămânii ei. Tamara a avut o evoluţie dificilă şi a ajuns să petreacă aproape două luni în spital – dar a supravieţuit.

Doar cu câteva propoziţii şi o mână de date despre caz, Michael Simms a putut să diagnosticheze o femeie pe care nu o văzuse niciodată, un pacient al cărui diagnostic fusese deja ratat de doi doctori de medicină primară şi un doctor specializat în boli de cap şi gât. Aceasta este puterea acestor mici poveşti.

În mod evident, cunoaşterea joacă un rol important. Simms a fost în măsură să pună acest diagnostic pentru că ştia de această boală. Este rară, deci e probabil ca doctorul de medicină primară al pacientului şi cel de la urgenţe să nu fi auzit niciodată despre ea. Dar ORL-istul ştia despre boala aceasta. Când Simms a pomenit de Lemierre, el şi-a dat seama. Dar, cumva, nu reuşise să facă legătura între ceea ce cunoştea despre boala respectivă şi manifestarea ei clinică clasică. Cumva, el nu crease o poveste sau un scenariu de boală pentru această entitate. Poate că nici măcar nu o mai întâlnise vreodată. Mă îndoiesc că îi va scăpa şi a doua oară.

Doctorii completează constant numărul şi complexitatea scenariilor de boală din mintea lor. Fiecare pacient contribuie la asta. Şi conferinţele pot contribui. Cei mai mulţi vorbitori încep cu o poveste clasică a pacientului, după care îşi prezintă cercetările lor asupra unei boli sau asupra unui subiect. Revistele medicale prezintă adesea cazuri dificile în paginile lor. Ca şi cele prezentate lui Fitzgerald, aceste cazuri îi învaţă pe doctori despre o boală anumită şi despre construirea poveştii care îl poate ajuta pe doctor să facă legătura dintre pacient şi diagnostic.

Aceste poveşti esenţializate, deşi utile procesului de diagnosticare, seamănă în mică măsură cu poveştile pe care un pacient le spune doctorului. Doctorii îndepărtează tot ceea ce este personal şi specific, pentru a crea propria versiune a poveştii, iar făcând asta, uneori uită că motivul pentru care procedăm astfel este de a ajuta persoana din pat.

Persoana este mai mult decât bolile ei, dar uneori se pare că uităm asta. Atunci când doctorii confundă poveştile pe care le-au creat despre boala pacientului cu pacientul însuşi se creează senzaţia că medicina e rece, insensibilă şi indiferentă la suferinţa pacienţilor – contrariul a ceea ce ar trebui să fie medicina.

Dr. Nancy Angoff este decanul de la Yale Medical School. Ea veghează asupra celor o sută de studenţi din fiecare an, în timp ce

aceştia parcurg drumul de la student la doctor. O preocupă faptul că educaţia medicală pune accentul prea mult asupra bolii în defavoarea pacientului.

Se crispează atunci când aude un student referindu-se la un pacient prin boala şi localizarea ei sau când discuţia despre un diagnostic trece cu vederea consecinţele potenţial tragice pentru persoana diagnosticată. Îşi face griji că viitorii doctori vor uita cum să vorbească cu pacientul, să îl asculte şi să aibă compasiune faţă de el. Ani de zile a îngrijorat-o faptul că, entuziasmaţi de stăpânirea limbajului şi a culturii medicale, studenţii ar putea să-şi piardă empatia care i-a adus iniţial la Facultatea de Medicină.

Când Angoff a devenit decan, a decis să vadă dacă poate face ceva pentru a împiedica transformarea aceasta. Şi voia s-o facă încă de la început, din prima zi de şcoală. „Studenţii vin aici foarte entuziasmaţi de medicină. Vor să îi ajute pe pacienţii bolnavi, iar medicina este instrumentul care face posibil acest lucru. Acesta este motivul pentru care vin ei aici. Dar Facultăţile de Medicină nu te învaţă despre pacient, te învaţă despre boală. Am vrut să pun accentul pe pacient încă din prima zi."

În cadrul acestui demers, Angoff a conceput acea primă zi de la Yale Medical School în aşa fel încât să-i „vaccineze" pe studenţi împotriva concentrării asupra bolii şi a depersonalizării pacientului, care acum fac parte integrantă din educaţia medicală. În acest scop, ea se ocupă de diferenţa dintre povestea pacientului şi povestea creată de doctori din aceasta.

Astfel că, într-o dimineaţă caldă de septembrie, am revenit în sala de curs în care mi-am petrecut cea mai mare parte din primii doi ani de facultate, să văd ce învaţă noua generaţie de medicinişti despre poveştile pe care le auzim şi cele pe care, ca doctori, le spunem.

Când Angoff, o femeie mică şi zveltă de aproximativ 55 de ani, a intrat pe scenă, şoaptele emoţionate ale acestor studenţi nou-nouţi s-au stins rapid. Ea a spus câteva cuvinte de bun venit, apoi a prezentat evenimentele acelei dimineţi. Aveam să auzim două versiuni ale unei poveşti a pacientului, prima aşa cum a spus-o pacientul, apoi aşa cum ar fi putut să fie scrisă de un doctor care ar fi îngrijit acel pacient în spital.

Poveştile urmau să fie interpretate de dr. Alita Anderson. Anderson este o tânără negresă de treizeci şi ceva de ani. Absolventă a Yale Medical School (promoţia 2000), Anderson a petrecut un an intervievând pacienţi despre experienţele avute în timpul îngrijirii lor într-o instituţie medicală. Toţi pacienţii intervievaţi de ea erau afro-americani, cei mai mulţi săraci; mulţi erau şi slab educaţi. Toţi se confruntaseră în mai multe rânduri cu un sistem medical care răspundea doar uneori nevoilor lor. Acum, Anderson călătoreşte prin

toată ţara, interpretând poveştile adunate de la această populaţie adesea neascultată.

Anderson a îmbrăţişat-o pe Angoff şi apoi a avansat încet pe scenă. A început să cânte un cântec lent şi trist, cu o voce răguşită de alto. Nu am înţeles prea bine cuvintele şi nu am recunoscut melodia, dar părea un fel de cântec religios afro-american.

Anderson s-a aşezat pe singurul scaun de pe scenă şi a terminat cântecul. A rămas tăcută pentru o clipă, apoi a spus cu o voce tărăgănată din sud:

— În iunie 1967 m-am dus în Vietnam. Eram membru al Diviziei Unu Infanterie. În prima mea seară acolo m-au trimis într-o ambuscadă.

Nu avea decor sau recuzită, dar prin vocea şi expresia ei s-a transformat într-un bărbat negru de vârstă mijlocie care nu şi-a revenit niciodată de pe urma experienţelor avute pe câmpul de luptă şi în baruri din anul petrecut de el în Vietnam. L-a portretizat pe acest bărbat, evident distrus de o doză aproape mortală de stres posttraumatic, de droguri şi alcool. Era o reprezentaţie convingătoare.

Încă vorbind precum acest bărbat trist de vârstă mijlocie, Anderson a descris un episod deosebit de dificil din viaţa lui.

— Băusem. În noaptea aceea am fost foarte zgomotos şi agresiv şi sora mea, care probabil că e persoana cea mai apropiată de mine, a plecat şi a spus că ea nu mai merge niciodată cu mine undeva. După aceea m-am dus la gunoi şi am aruncat sticla într-o ladă şi am spus că nu o să mai beau niciodată. Am încercat să mă opresc de unul singur, dar a doua zi dimineaţă, când s-a deschis magazinul de băuturi, eram chiar acolo, cumpărându-mi încă o sticlă. De multe ori, oamenii vor să scape, dar nu au niciun control. Aşa te înrobeşte Satana, cu ajutorul alcoolului şi drogurilor.

După ce a terminat monologul acestui bărbat, Anderson a cântat din nou cântecul trist cu care începuse.

În timp ce cânta, pe ecranul din spatele ei a apărut un cadru. Anderson a trecut pe nesimţite la o voce profesională, cu dicţie limpede şi fără niciun accent, şi a citit o versiune re-creată a ceea ce ar fi putut scrie pe oricare dintre fişele multiplelor lui internări.

— Plângere principală – bărbat afro-american de treizeci şi patru de ani, adus de poliţie; o problemă de supradoză de droguri. Prezentarea bolii actuale: pacientul a fost găsit inconştient şi adus la urgenţe. A fost intubat la faţa locului, pentru a i se proteja căile respiratorii, deoarece avea convulsii, ceea ce îi provoca detresă respiratorie atunci când a fost găsit. La urgenţe, pacientul a reacţionat minim la durere. Conform poliţiei, avea 3 grame de cocaină în buzunar.

Fusese identificat după permisul de conducere ca fiind dl.R. Johnson, al cărui dosar medical indica multiple internări anterioare pentru supradoză de droguri.

Studenţii au asistat într-o tăcere absorbită pe tot parcursul reprezentaţiei de o oră. Contrastul dintre viaţa bogată şi detaliat portretizată de tânăra doctoriţă-reporter şi limbajul sec şi rece în care era prezentată în acea fişă de internare imaginară, dar realistă era cât se poate de puternic. După aceea, studenţii au discutat în grupuri mici evenimentele dimineţii. Erau mişcaţi de povestea pacientului şi oripilaţi de traducerea ei în limbajul rece şi impersonal al medicinei.

Angoff consideră asta o oportunitate de a demonstra ceea ce pacienţii văd tot timpul: limbajul şi procedura rece şi depersonalizantă a medicinei. „Vreau să le reamintesc studenţilor noştri că lângă noi e o persoană reală.” îmi spune că studenţii la medicină se îndrăgostesc de ceea ce poate să facă povestea unui doctor, de ceea ce poate să facă medicina. Reprezentaţia de dimineaţă are rolul de a le aminti ceea ce poate să facă povestea unui pacient şi cum poate părea acea pasiune a doctorului în ochii pacientului pe care încearcă să-l ajute.

La sfârşitul acelei dimineţi, Angoff le-a spus câteva cuvinte studenţilor, rezumând ceea ce ea spera că învăţaseră.

— Începeţi o călătorie peste un pod, începeţi o şcoală, iar în clipa asta sunteţi de aceeaşi parte cu pacientul. Când veţi ajunge la jumătatea podului veţi vedea cum vă schimbaţi, iar limbajul pe care îl aveaţi în comun cu pacientul este înlocuit de altul, limbajul medicinei. Povestea lor personală este înlocuită de povestea medicală. Apoi vă treziţi de cealaltă parte a podului – faceţi parte din cultura medicală. Când ajungeţi acolo, aş vrea să ţineţi de fiecare părticică a vechiului vostru sine, a sinelui vostru de acum. Aş vrea să nu-i uitaţi pe aceşti pacienţi.

Partea a II-a

Contactul direct

Capitolul 3

O artă pe cale de dispariţie

Iată o poveste pe care am citit-o nu cu mult timp în urmă în *New England Journal of Medicine:*

Un bărbat de cincizeci şi ceva de ani vine la urgenţe cu dureri de piept cumplite. Unui student la Medicină i se spune să-i ia tensiunea la ambele braţe. Ia tensiunea de la braţul de lângă el şi o anunţă cu voce tare. Trece de cealaltă parte a pacientului, dar nu reuşeşte să detecteze tensiunea. Îngrijorat că asta se datorează lipsei sale de experienţă mai degrabă decât unei caracteristici fizice reale, nu spune nimic. Nimeni nu observă. Peste noapte, pacientul este dus în grabă în sala de operaţie pentru repararea unei rupturi de aortă, vasul care transportă sângele de la inimă spre restul corpului. Moare pe masa de operaţie.

Diferenţa de tensiune arterială dintre braţe sau pierderea tensiunii arteriale la un braţ este un indiciu puternic al acestui tip de ruptură, numit anevrism de aortă cu disecţie. Faptul că studentul nu şi-a recunoscut inabilitatea de a lua tensiunea arterială pe o parte a corpului pacientului a împiedicat descoperirea acestui indiciu.

Iată o altă poveste – de data aceasta de la un coleg de-al meu:

O femeie de vârstă mijlocie vine la spital cu febră şi dificultăţi de respiraţie. Cu o săptămână în urmă, fusese tratată pentru pneumonie. La spital începe să primească intravenos antibiotice puternice. A doua zi, se plânge de dureri de spate şi slăbiciune a picioarelor. Are antecedente de dureri de spate cronice, iar doctorii îi dau analgezice. Nu o examinează. Când febra ei explodează şi nivelul leucocitelor urcă brusc, echipa de doctori face o tomografie a pieptului, căutând la plămâni ceva care să fi produs o infecţie agravată. Ceea ce găsesc, în schimb, este un abces la măduva spinării. E dusă imediat la chirurgie.

Dacă echipa ar fi examinat-o, ar fi descoperit o pierdere a simţului tactil şi a reflexelor, ceea ce i-ar fi semnalat prezenţa unei leziuni a măduvei spinării.

Această poveste a fost prezentată de curând la Ground Rounds, o conferinţă foarte cunoscută pentru doctori de la Yale:

Un bărbat face un atac de cord şi e dus imediat la spital, unde artera coronariană blocată este redeschisă. La terapie intensivă, tensiunea lui începe să scadă; se plânge de frisoane şi greaţă. Doctorii îi dau fluide intravenoase, pentru a-i creşte tensiunea periculos de scăzută. Nu îl examinează. Când, după câteva ore, tensiunea lui continuă să scadă, este chemat cardiologul, care vine imediat. Când îl examinează, vede că inima lui bate repede, dar de-abia se aude. Venele de pe gât sunt umflate şi pulsează. Cardiologul recunoaşte imediat semnele hemoragiei în sacul din jurul inimii – o boală numită

tamponadă. Este o complicaţie bine cunoscută a procedurii pe care o executase cu doar câteva ore înainte, îl trimite imediat la chirurgie şi începe să dreneze sângele, care acum umple deja complet sacul, împiedicând inima să bată. În ciuda strădaniilor cardiologului, bărbatul moare pe masa de operaţie. Dacă doctorii de la terapie intensivă ar fi examinat pacientul, în loc să acorde atenţie doar monitoarelor care urmăresc funcţiile vitale, ar fi putut să diagnosticheze această complicaţie potenţial reversibilă.

Acesta este un alt tip de poveste pe care doctorii şi-o spun unul altuia pe holurile şi scările spitalelor – poveşti de avertizare luate din paginile celor mai bune reviste ale noastre, cazuri prezentate la întâlnirile săptămânale Grand Rounds sau la Conferinţele despre Morbiditate şi Mortalitate, unde erorile medicale sunt discutate în mod tradiţional. Acestea sunt poveşti tragice ale unor pacienţi a căror stare se agravează şi care uneori mor din cauză că indiciile care ar fi putut şi ar fi trebuit să fie sesizate la o simplă examinare fizică au fost ratate sau ignorate. Ni le repetăm unii altora ca lecţii de învăţat – ca o rugăciune sau un talisman. Le spunem cu empatie, pentru că ne temem că fiecare dintre noi ar fi putut să fie acel doctor, acel rezident, acel student la Medicină.

Aceste anecdote dezvăluie un adevăr deja acceptat de majoritatea doctorilor: examinarea fizică – odată cel mai de încredere instrument în înţelegerea şi diagnosticarea unui pacient bolnav – a murit.

Nu a fost o moarte bruscă sau neanticipată.

Timp de peste douăzeci de ani, moartea examinării fizice a fost discutată frecvent şi a fost atent documentată pe holurile şi în amfiteatrele spitalelor, cât şi în paginile revistelor de medicină. Editoriale şi eseuri au formulat întrebări altădată de negândit precum: „Diagnosticarea fizică în anii ’90: artă sau artefact?” sau „A depăşit oare medicina diagnosticarea fizică?” şi „Trebuie doctorii să-şi examineze pacienţii?” în sfârşit, în 2006, anunţul sec al îndelung aşteptatei morţi a apărut în paginile *New England Journal of Medicine.* În „Decesul examinării fizice”, Sandeep Jauhar spune povestea unui student la Medicină lipsit de experienţă – el însuşi – care nu a putut stabili tensiunea arterială la un bărbat cu dureri în piept şi cu o disecţie de aortă în urma căreia pacientul a murit. Este anecdota savuroasă de la începutul unui necrolog – nu pentru pacient, ci pentru această parte odată preţuită a meseriei de doctor.

Examinarea fizică a fost cândva piesa centrală a diagnosticării. Povestea pacientului şi o examinare atentă sugerau de regulă un diagnostic, iar apoi analizele, dacă erau disponibile, puteau fi folosite pentru a confirma rezultatele, în ziua de azi, atunci când se confruntă cu un pacient bolnav, doctorii sar adesea cu totul peste examinarea

fizică, trimiţând în schimb pacientul direct la imagistică sau la analize, unde doctorii pot arunca un năvod imens în căutarea a ceva ce ar fi putut fi descoperit mai rapid dacă ar fi aruncat o privire. Uneori se încearcă o examinare fizică superficială, dar fără prea multe aşteptări, deoarece doctorii se bazează pe rezultatele unei analize ca să afle diagnosticul.

Mulţi doctori şi cercetători sunt tulburaţi de această schimbare. Se plâng din cauza utilizării excesive a analizelor scumpe high-tech şi deplâng declinul abilităţilor necesare unei examinări fizice eficiente. Şi totuşi, în ciuda acestui neajuns, doctorii şi chiar şi pacienţii preferă tot mai mult ceea ce ei percep a fi certitudinea analizelor high-tech, şi nu examinarea concretă, low-tech, de către un doctor.

Măsurarea pierderii abilităţilor

La începutul anilor ’90, Salvatore Mangione, doctor şi cercetător la Thomas Jefferson University Medical Center din Philadelphia, a început să studieze cât de bine pot să recunoască şi să interpreteze doctorii constatările obişnuite ale unei componente fundamentale a examenului fizic, şi anume examinarea inimii. A testat 250 de studenţi la Medicină, rezidenţi şi absolvenţi urmând specializarea în cardiologie din nouă programe de pregătire diferite. Această investigaţie a fost foarte directă: studenţilor şi doctorilor li s-a dat o oră în care să asculte douăsprezece sunete importante ale inimii şi să răspundă la întrebări despre ceea ce auziseră.

Rezultatele au fost şocante şi controversate. Majoritatea studenţilor au identificat corect doar două din cele douăsprezece sunete. Celelalte zece au fost recunoscute doar de câţiva studenţi. În mod surprinzător, nici rezidenţii nu s-au descurcat mai bine. În ciuda anilor de experienţă şi de pregătire suplimentară, au identificat corect doar aceleaşi două sunete. Poate că cel mai tulburător aspect a fost acela că majoritatea celor care se specializau în cardiologie nu au reuşit să identifice şase din cele douăsprezece sunete.

Într-un test similar privind sunetele plămânilor, Mangione a descoperit din nou că studenţii şi rezidenţii nu puteau identifica multe dintre cele mai obişnuite şi importante sunete ale corpului. Dacă s-ar fi dat note, toţi participanţii în afară de câţiva ar fi luat 4.

În anii care au trecut de la publicarea studiilor lui Mangione încoace, editorialele şi conferinţele au deplâns această pierdere a abilităţilor şi au avertizat că, dacă nu se face ceva pentru remedierea problemei, vom ajunge să avem profesori care ştiu doar cât ştiu şi elevii lor, un caz de orbi care îi conduc pe alţi orbi. Un studiu recent sugerează că ziua aceea a venit deja. Jasminka Vukanovic-Criley, doctoriţă la Stanford, a comparat abilităţile de examinare a inimii ale doctorilor practicieni cu cele ale studenţilor la Medicină şi ale rezidenţilor. Studenţii la Medicină în primul an au răspuns corect la

puţin peste jumătate din întrebări. Studenţii din ultimii ani s-au descurcat ceva mai bine – răspunzând corect la aproape 60% din întrebări. Dar de la absolvirea Facultăţii de Medicină încolo evoluţia a încetat. Rezidenţii şi profesorii lor medici de la facultate, ca şi doctorii ce profesau în acea zonă, nu s-au descurcat mai bine decât studenţii în ultimii ani.

Cum am ajuns aici? Cum putem avea generaţii de doctori care trec prin rezidenţiat, uneori şi prin pregătire de subspecialitate, fără să-şi îmbunătăţească abilităţile de examinare fizică? Mangione a cercetat programele de pregătire medicală şi a descoperit că doar unul din patru oferea cursuri de îmbunătăţire a abilităţilor necesare în examinarea fizică. Observarea regulată a studenţilor în timp ce examinau pacienţi avea loc rareori. Mangione a sugerat că e posibil ca doctorii să nu înveţe aceste lucruri deoarece programele nu le predau.

În trecut, programele de rezidenţiat şi de specializare predau rareori aceste abilităţi ca atare, prin cursuri distincte, deoarece acest tip de învăţare se producea informai, de-a lungul întregii zile, în timpul îngrijirii pacienţilor. La un moment dat, un „rezident” locuia efectiv în spital, era rezident în sensul propriu al cuvântului ca să-şi perfecţioneze aceste abilităţi prin intermediul unei imersiuni totale, ca un curs de limbă Berlitz al corpului. O parte a acestei imersiuni totale consta în deprinderea abilităţilor de examinare fizică de la doctorii mai bătrâni, în timp ce rezidentul îi privea pe profesionişti cum lucrează, salon după salon.

După fiecare noapte de gardă, medicii profesori consultau fiecare pacient nou-internat împreună cu rezidentul, internii şi studenţii. Reluau împreună povestea pacientului şi apoi îl examinau, revizuind aspectele semnificative observate (sau nu) de echipă. În plus, de trei ori pe săptămână, supervizorul se întâlnea cu rezidenţii şi studenţii pentru o şedinţă didactică de nouăzeci de minute, în timpul acestor cursuri, doctorii supervizori trebuiau să integreze informaţiile în procesul examinării fizice – lângă pat, împreună cu pacientul.

Aceste tipuri de şedinţe didactice nestructurate şi informale, bazate pe patologia pacienţilor, constituiau principalele metode de predare a felului cum se desfăşoară examinarea fizică, împreună cu alte aspecte ale îngrijirii pacientului.

Mai multe tendinţe complet independente de educaţie au erodat aceste tradiţii. În primul rând, costul în creştere al spitalizării a concentrat eforturile pe scurtarea timpului petrecut de pacienţi în spital. Cei cu murmure ale inimii semnificative, care sunt cazuri didactice relevante, vin la spital şi pleacă după câteva zile. În 1980, internarea medie într-un spital american era de peste o săptămână. În 2004, aceasta scăzuse la doar puţin peste trei zile. Astfel că există mai puţine şanse pentru predare lângă patul bolnavului – un triumf al

economiilor medicale al cărui cost pentru educaţie a fost recunoscut doar cu greu. Pacienţii intră şi ies din spital prea rapid pentru ca rezidenţii să înveţe din examinarea lor.

În ziua de azi, rezidenţii care îngrijesc pacienţi intră şi ies rapid din spital şi ei. Săptămâna de lucru de optzeci ore, hotărâtă de Consiliul Acreditării Educaţiei Medicale Postuniversitare (ACGME), organizaţia care supraveghează educaţia medicală, înseamnă că timpul pe care doctorii aflaţi în pregătire îl pot petrece în spital este limitat. Optzeci de ore poate părea mult pentru o săptămână de lucru, dar există destule de făcut; cantitatea de muncă nu a scăzut, ci doar timpul disponibil pentru ea. Asta înseamnă de regulă că rezidenţii îşi petrec mai puţin timp cu pacienţii, într-un studiu recent efectuat la Yale, s-a descoperit că internii petreceau mai puţin de zece minute pe zi cu fiecare dintre pacienţii lor.

Ca intern, eu obişnuiam să petrec două ore consultându-mi pacienţii mei, la prima oră a dimineţii, înaintea vizitelor în care prezentam pacientul rezidentului şi supervizorului meu. Asta îmi lăsa timp suficient să vorbesc cu pacientul, să îl examinez şi să mă uit la analize.

Cu săptămâna de lucru de optzeci de ore, internilor din programul nostru nu li se permite să intre în spital mai devreme de o oră înaintea vizitelor de consultare. Dată fiind solicitarea dublă a îngrijirii pacienţilor şi a educaţiei – care este, până la urmă, scopul rezidenţiatului – trebuia să se renunţe la ceva. Din nefericire, s-a renunţat la timpul petrecut de doctori cu pacientul.

Succesele noastre în medicină şi-au luat şi ele obolul. Multe boli sunt depistate devreme, înaintea manifestării unor consecinţe grave. În anii ’90, când îmi făceam eu pregătirea, am întâlnit mult mai puţine tipuri de murmure şi alte sunete ale inimii decât generaţiile de doctori dinaintea mea. Înainte febra reumatică era frecventă. În boala aceasta, o infecţie streptococică a gâtului sau a pielii poate face ca sistemul imunitar să atace inima, distrugând valvele. Legătura neaşteptată dintre infecţia dureroasă, dar nu mortală, şi distrugerea potenţial mortală a valvelor inimii a fost descoperită la începutul secolului XX. Acum, când pacienţii vin cu febră sau gât inflamat, doctorii verifică automat dacă există infecţie streptococică. Cei depistaţi pozitiv sunt trataţi cu antibiotice. Medicamentele nu ajută prea mult la scurtarea bolii sau ameliorarea durerii, dar previn producerea febrei reumatice.

A fost o strategie de mare succes. În anii ’40, febra reumatică era una dintre cele mai frecvente boli în America. În 1950 aproximativ 15 000 de oameni au murit de febră reumatică; în 2004, numărul lor scăzuse la puţin peste 3 200. Este o scădere spectaculoasă, dar nu am eradicat boala, astfel încât doctorii încă trebuie să o recunoască

atunci când o văd. Numai că acum există mult mai puţini pacienţi de la care să fie învăţate simptomele – o consecinţă involuntară a succesului medical.

Există multe boli care sunt acum tratate într-o fază incipientă, adesea înainte ca pacienţii să trebuiască să vină la spital. Este o poveste de succes pentru medicină şi o binecuvântare pentru pacienţi, dar o problemă pentru educaţia bazată pe întâlnirile aleatorii cu pacienţii în spital. Vechiul sistem al predării informale, care punea accentul pe învăţarea lângă patul pacientului, nu mai funcţionează.

Iar educaţia medicală a avansat foarte lent modalităţi alternative de a preda doctorilor abilităţile vitale necesare unei examinări fizice minuţioase.

Pierderea acestor abilităţi a avut drept consecinţă pierderea încrederii în ceea ce poate să facă examinarea fizică. Teoria oficială din medicină este aceea că examinarea fizică e importantă. Dar ceea ce prinzi imediat din „curriculumul ascuns" – valorile şi convingerile medicinei, aşa cum e ea practicată – este că examinarea fizică e, în mare, o pierdere de timp. În vizitele prin spital, ca student sau intern, se poate întâmpla să descrii cu mândrie un murmur cardiac pe care l-ai sesizat la examinare, dar nu-ţi ia mult ca să-ţi dai seama că nimeni nu ascultă ceea ce spune „eco-ul" (prescurtarea pentru ecocardiogramă – ultrasunete pentru inimă) căruia toată lumea îi acordă atenţie. Şi pentru că examinarea fizică nu e apreciată, în curând te obişnuieşti să nu-i mai dai atenţie şi orice altă învăţare încetează – înlocuită de un tip de învăţare pe care ştii că cei responsabili o vor aprecia. Ce a arătat cea mai nouă analiză high-tech? Care este cea mai recentă concluzie în privinţa unei anumite terapii? Acestea sunt întrebările pe care doctorii sunt pregătiţi acum să le formuleze – nu întrebările mai tradiţionale precum „Ce ai văzut atunci când te-ai uitat la pacient? Ce ai simţit? Ce ai auzit?"

Aceste schimbări structurale din medicina modernă – prin care doctorii şi pacienţii lor intră şi ies din spital pe fugă, cu o varietate de boli mereu schimbătoare – se exprimă la nivel practic prin acest curriculum ascuns.

Dar eu bănuiesc că există încă un motiv pentru care examinarea şi-a pierdut poziţia altădată centrală în evaluarea pacientului. În contrast cu răspunsurile impersonale oferite de tehnologie, examinarea fizică pare primitivă şi intimă – chiar intruzivă. Chiar şi atunci când pacientul este prezent şi disponibil, efectuarea unei astfel de examinări este intimidantă pentru doctor. Este un adevăr pe care l-am învăţat la începutul educaţiei mele medicale.

Palpabil

— Vrei să pipăi cancerul meu, cât mai e încă acolo? m-a întrebat Joan într-o după-amiază vântoasă, în timp ce beam o cafea în

bucătăria ei. O să fii doctoriţă. N-ar trebui să ştii cum se simte un cancer mamar la pipăit?

Soţul meu şi cu mine o vizitam pe sora lui mai mare, într-un weekend din februarie 1993. Era vacanţa de primăvară la Yale Medical School, unde eu eram în mijlocul primului meu an. Cu o săptămână în urmă, Joan se dusese să-şi facă mamografia ei regulată. În timp ce se îmbrăca după test, radiologul, o veche prietenă a ei, a dat buzna în cameră. „S-a uitat la mine şi mi-am dat seama că ceva nu e bine”, mi-a spus Joan.

Radiologul a aranjat ca Joan să consulte un oncolog, care, la rândul lui, a trimis-o la un chirurg pentru biopsie. Vizita noastră a prins-o înainte ca Joan să primească rezultatul biopsiei, dar mult după ce acceptase posibilitatea unui astfel de diagnostic.

Joan a oftat şi şi-a dat o şuviţă blondă rătăcită înapoi după ureche.

— Nu ar fi util să ştii ce să cauţi? Nu? a insistat ea.

După puncţie, Joan a localizat nodului mic care avea să-i schimbe viaţa şi s-a trezit palpându-l de câteva ori pe zi, aşa cum uneori nu te poţi opri să atingi o rană dureroasă sau să reiei în minte o conversaţie dificilă – acţionând dintr-o anumită nevoie de a-ţi aminti de unde vine durerea.

Nu ştiam ce să spun. Nu aveam nicio idee cum se simte cancerul de sân la pipăit, iar ea avea dreptate – mi-ar fi prins bine să ştiu. Şi eram extrem de curioasă.

Dar mi-am dat seama imediat că nu puteam s-o fac. Să ating sânul cumnatei mele era ceva de neconceput.

Joan mă putea vedea în rolul doctorului – cineva care are permisiunea de a ignora zonele tradiţionale ale intimităţii, atunci când e necesar. Dar eu nu eram gata să îmbrac această haină. La acel moment al pregătirii mele, încă nu examinasem pe nimeni. Până în clipa aceea nu mă gândisem cu adevărat cât de straniu şi nefiresc ar fi să violez zona de intimitate pe care o ocupă fiecare dintre noi. Nu o puteam atinge pe cumnata mea. De fapt, nu eram sigură că aş putea atinge pe cineva.

Gestul de a pune mâna pe corpul altcuiva este, în multe feluri, semnul distinctiv al medicului. Şi totuşi, deşi simplu, este un gest plin de complicaţii. Cine sunt oamenii pe care îi atingem în viaţa noastră? Iubiţii, fără îndoială; copiii, bineînţeles. Şi, ca generaţie-sendviş, poate chiar părinţii, în cele din urmă. Pe nimeni altcineva. Nu pun la socoteală îmbrăţişările şi săruturile pe obraz în semn de salut, mâna pusă pe umăr, bătaia pe spate. Aceste atingeri sunt forme de comunicare – ele vorbesc despre prietenie şi afecţiune, sprijin şi preocupare. Acest tip de contact fizic intră firesc în cadrul aşteptărilor noastre legate de interacţiunea socială. Este scurt, prin convenţie, şi neintrusiv, în virtutea practicii. O îmbrăţişare sau o atingere care

durează puţin prea mult sau e puţin prea strânsă declanşează o alarmă, deoarece toţi înţelegem regulile comportamentului social.

În medicină, la patul bolnavului, pe masa de examinare, noi îi atingem pe cei pe care îi îngrijim – dar e o formă de atingere diferită şi un tip distinct de grijă. Medicina necesită intimitate, dar una caracterizată de o distanţă intelectuală şi emoţională. Nu te aştepţi ca prietenii şi cei dragi să te evalueze cu un ochi specializat şi imparţial. Le permitem să ocupe un spaţiu intim din punct de vedere fizic şi emoţional deoarece ştim că ei ne văd printr-un filtru al iubirii.

Intimitatea examinării fizice este foarte departe de cea faţă de prieteni şi familie. La examinarea fizică, filtrul dispare. Doctorul şi pacientul sunt adesea necunoscuţi unul altuia. Poate fi stânjenitor – pentru pacient, şi adesea şi pentru doctor. Şi există, în mijlocul acestei intimităţi uneori stinghere, o relaţie de încredere, un târg implicit: pacientul îl lasă pe doctor să îl vadă şi să îl atingă, iar în schimb doctorul îşi împărtăşeşte cunoaşterea, în beneficiul pacientului. Când Joan a avut cancer, am ştiut că nu eram pregătită să respect partea mea de târg. Nu aveam nimic de oferit: ştiam multă anatomie, ceva biologie celulară, destul de multă genetică, dar nu ştiam nimic despre medicină. Cel puţin, nu atunci.

Mai mult, nu ştiam cum se face. În sensul propriu. Nu fusesem învăţată. Era ceva ce urma să învăţ în anul doi. Poate că şi mai important era faptul că nu învăţasem încă modul în care să ocup acel spaţiu îngăduit dintre intimitate fizică şi distanţă intelectuală care este fundamental pentru a atinge ca doctor. Partea aceasta nu se găseşte în curriculumul scris; nu exista nicio conferinţă despre asta (sau cel puţin nu la Facultatea mea de Medicină) şi totuşi, nu poţi fi doctor dacă nu înveţi cum să abordezi acest teritoriu profund personal. În măsura în care poate fi numită ştiinţă, medicina este o ştiinţă bazată pe senzorial, una prin care adunăm date despre pacient prin intermediul atingerii şi al altor simţuri, în conformitate cu o metodă sistematică, pentru a pune un diagnostic. Cei mai mulţi pacienţi sunt dispuşi să se lase atinşi de doctorii lor. Se aşteaptă la asta. Eu mă aşteptam, fără îndoială, să ating pacienţi. Dar, după cum mi-am dat seama în acea după-amiază în bucătăria cumnatei mele, mai întâi trebuie să înveţi cum.

La Facultatea de Medicină, doctorii sunt învăţaţi, începând de la cursul de anatomie, să înţeleagă corpul prin dezasamblarea acestuia, piesă cu piesă. Ceea ce capeţi acolo, în cel mai rău caz, este o capacitate neobişnuită de a obiectualiza extraordinar de mult până şi cele mai intime părţi ale corpului. În cazul oricui altcuiva, acest lucru ar putea fi considerat nerespectuos, dar în cazul doctorilor, o perspectivă clinică şi obiectivă asupra unui sân de femeie, să zicem,

ne oferă şansa de a-l vedea izolat de celelalte contexte ale lui, adesea sexuale. Suntem învăţaţi să tratăm un sân ca pe un obiect separat.

Astfel că, atunci când examinezi un sân, observi pielea netedă şi stratul moale de grăsime de dedesubt retrăgându-se sub degetele tale pentru a dezvălui straturile foarte regulate şi dense de ţesut glandular de sub el. Sub piele, şi prins în mâinile care îl examinează, sânul este mult mai stabil decât acel apendice extrem de mobil care pare a fi. Am învăţat cum să examinez sânul la mijlocul celui de-al doilea an. Un instructor-pacient – o persoană fără studii medicale, pregătită pentru aceste tehnici de examinare – ne-a arătat, mie şi celorlalţi trei studenţi care alcătuiau grupul meu de examinare fizică, cum se face o examinare metodică, folosind propriii ei sâni ca modele pe care să învăţăm.

Când a început cursul, am simţit acelaşi disconfort pe care îl simţisem şi în bucătăria lui Joan.

Eram patru studenţi medicinişti, îmbrăcaţi în aceleaşi halate albe proaspăt călcate, cu insignele strălucitoare cu numele noastre prinse la rever şi stetoscoape nou-nouţe în buzunar, străduindu-ne să părem relaxaţi în timp ce ne aşezam în semicerc în jurul unei femei de vârstă mijlocie pe jumătate goală. Halatul pe care îl purtase atunci când intrasem în încăpere era acum lăsat în jos, în jurul taliei, pentru a dezvălui subiectul acestui curs, sânii. Am încercat să-mi relaxez faţa – măcar să par în largul meu. Nu ştiam prea bine unde să privesc. Am scos un carnet pe care să-mi iau notiţe, în timp ce ea vorbea despre examinare. Simţeam tensiunea studenţilor din stânga şi din dreapta mea. Niciunul dintre noi nu spunea nimic. Greg, liberalul serios şi bine intenţionat din Upper West Side din New York, părea să-şi studieze pantofii. Lillian, fata expansivă şi plină de exuberanţă din anul nostru, se juca în tăcere cu părul. Nimeni n-o privea în ochi pe instructoare sau pe ceilalţi.

Toţi patru ne chinuiam în tăcere să găsim o modalitate de gestionare a disconfortului nostru. Mi-am dat seama atunci că abilităţile acestea fac parte din ceea ce trebuia să ne înveţe acel curs.

— Mai întâi, ne-a spus ea, trebuie să verificaţi dacă sânii sunt simetrici.

Şi-a ridicat mâinile deasupra capului, iar sânii ei s-au ridicat de asemenea. Apoi şi-a pus mâinile pe coapse, depărtându-şi mult coatele pentru a-şi întinde muşchii pieptului şi sânii.

— Asta vă oferă posibilitatea de a vedea orice anomalie care afectează forma sânului sau textura pielii.

În timp ce îşi urma prezentarea ei metodică, tensiunea din încăpere a început să scadă. Demonstraţia ei prozaică transmitea relaxare faţă de rolul ei de pacient şi aşteptările ei faţă de noi, ca doctori. Mi-am dat seama ulterior că nu ne învăţa doar fundamentele examinării

sânului, ci ne demonstra o tehnică pe care o puteam folosi în propriile noastre consultaţii, pentru a introduce naturaleţe în intimitatea fizică stânjenitoare dintre doctor şi pacient.

— O să vă demonstrez cum să examinaţi sânii mei, apoi o s-o faceţi fiecare dintre voi.

Ne-am strâns în jurul mesei, în timp ce ea îşi aşeza o mâna pe cap, iar cu cealaltă executa examinarea.

— Începeţi de la linia de mijloc. Folosiţi buricele degetelor. Apăsaţi încet cu ele pe sân şi descrieţi un cerc. Eu prefer să îmi fixez degetele în fiecare punct şi să mişc pielea odată cu degetele, în aşa fel încât să ştiu că examinez acelaşi loc. Faceţi asta de trei ori în fiecare punct, de fiecare dată aplicând doar puţin mai multă presiune, astfel încât să puteţi simţi toate structurile diverse de sub piele.

Am privit cu interes cum repeta această mişcare în sus şi în jos pe pieptul ei, în cute succesive de la stern până pe lateral, şi în sus până în cupola subsuorii.

— Acum încearcă şi tu.

În timp ce mă apropiam de masa de examinare, simţeam cum disconfortul meu reapare. Mi-am frecat mâinile care dintr-odată se răciseră, încercând să aduc sângele în degetele ca de gheaţă, apoi le-am pus pe pieptul ei. Pielea ei era caldă şi simţeam mirosul săpunului sau deodorantului pe care îl folosise în acea dimineaţă. Tonul ei profesionist, dar relaxat, m-a făcut să mă concentrez asupra aspectului medical şi nu asupra zonei intime în care ea şi cu mine intraserăm brusc.

— Urmăreşte clavicula până unde întâlneşte sternul, mi-a recomandat ea.

Vocea ei era răbdătoare, liniştită, complet relaxată. Mi-am mişcat inhibată degetele într-un cerc neîndemânatic pe deasupra pielii, oaselor şi cartilajelor. Lângă stern, deasupra muşchilor şi coastelor netede şi tari există un strat subţire de grăsime. Mai jos, pe piept, stratul de grăsime devine mai gros, spre zona exterioară a proeminenţei pe care o numim sân. De-abia când am început a doua cută am întâlnit densităţile neregulate, ca nişte degete, ale glandelor, îndreptate spre sfârc precum spiţele unei roţi. În timp ce parcurgeam sânul, mintea îmi era invadată de imaginile din manualul de anatomie care descriau aceste structuri pe care acum le pipăiam, ca nişte fotografii aeriene oferind repere şi explicaţii pentru terenul de sub degetele mele. Zona aflată imediat sub sfârc se scufundă, ca un puţ moale, în acest ţesut dens; am reuşit să-mi imaginez canalele, prea fine pentru a fi pipăite. Sub asta am simţit o farfurioară, pucul de hochei al glandei groase şi consolidate, prea compactă pentru a fi distinsă individual.

În timp ce eu îi examinam sânii, instructoarea îmi oferea sfaturi şi încurajări.

— Poţi aplica mai multă presiune decât atât, dacă e necesar. Nu mă doare. Foloseşte cealaltă mână pentru a stabiliza sânul.

I-am palpat pieptul cu mişcări în cerc, străduindu-mă să mă asigur că simt fiecare structură de sub piele din cât mai multe unghiuri posibile. I-am mulţumit instructoarei şi am plecat de lângă masa de examinare, plină de recunoştinţă, în timp ce următorul student se apropia. Am privit cum instructoarea îi dirijează şi îi încurajează pe cei trei colegi ai mei de-a lungul examinării şi am refăcut procesul în minte, din spaţiul sigur al scaunului meu.

Cu câţiva ani în urmă, m-am mutat dintr-un cabinet în altul. În timp ce treceam în revistă fişele pacienţilor mei relocaţi, transferând datele în noul cadru, am observat că, deşi mă asigurasem că pacienţii mei îşi fac analizele generale recomandate, nu mă descurcasem nici pe departe la fel de bine cu examinările fizice. Femeile ar trebui să facă o examinare mamară şi pelviană anual, aşa am fost învăţată. Bărbaţii de peste cincizeci de ani ar trebui să facă o examinare rectală anuală pentru cancerul de prostată. Mi-am dat seama că dedicarea mea faţă de aceste principii era destul de pestriţă. Am fost surprinsă de această omisiune, dar tendinţa era prea puternică pentru a fi negată.

Acest lucru m-a uimit. Cum se putuse întâmpla? În parte, era o problemă de sistem. La vechiul meu cabinet nu exista o modalitate simplă de a ţine evidenţa examinărilor de rutină. Pentru a găsi ultima examinare trebuia să răsfoiesc toate vizitele din ultimul an, pentru a vedea unde înregistrasem rezultatele. Şi totuşi, analizele regulate ale colesterolului erau acolo. Pacienţilor mei de peste cincizeci de ani li se recomandase o colonoscopie sau cel puţin se discutase despre asta. Nu, ceea ce lipseau erau examinările mamare, pelviene şi ale prostatei. Şi mi-am dat seama că, în ciuda anilor de practică şi a stăpânirii tehnicii, executarea acestor examinări încă mi se părea stânjenitoare. La un anumit nivel, eram încă o studentă la Medicină, reticentă în a atinge zonele intime ale altei persoane.

Nu sunt singura. Nu există prea multe date pe acest subiect, dar ceea ce există sugerează că cei mai mulţi dintre noi ne trimitem pacienţii la analize generale, dispensându-ne de componenta concretă. Într-un studiu publicat în 2002, din 1100 de femei care s-au dus să-şi facă mamografiile anuale la o instituţie medicală în decursul unui an, doar jumătate au declarat că doctorul lor le-a examinat vreodată sânii. Şi, în timp ce rata mamografiei a continuat să crească în ultimii douăzeci de ani, rata examinării sânilor de către doctor a continuat să scadă.

Se datorează asta doar intimităţii stânjenitoare a acestei examinări? Probabil că nu, deşi cercetările au arătat că aceasta joacă un rol. În schimb, crearea de tehnologii mai noi şi mai bune – mamografia, ultrasunetele, mai nou IRM-ul – i-au făcut pe doctori să se îndoiască de valoarea a ceea ce le-ar putea spune mâinile lor. De ce să te confrunţi cu propria ta jenă, probabil şi cu jena pacientului şi cu dificultatea de a interpreta imaginile neclare generate de pipăit, când o analiză poate arăta structurile interioare ale corpului cu mai multă precizie şi acurateţe?

Într-adevăr, de ce? Voi analiza în capitolul următor câteva dintre răspunsurile la această întrebare din ce în ce mai imperioasă.

Capitolul 4

Ceea ce doar examinarea poate arăta

Ce anume s-a pierdut, pe măsură ce abilităţile necesare unei examinări fizice profesioniste au devenit tot mai rare, atât în rândul studenţilor la Medicină, cât şi al doctorilor practicanţi? În rândul doctorilor, acesta este subiectul unei dezbateri aprinse.

De o parte sunt cei care susţin că moartea examinării fizice este consecinţa naturală a progresului.

Ei spun că examinarea este doar o rămăşiţă fermecătoare a unei epoci apuse – ca şi aplicarea ventuzelor, lăsarea de sânge sau aplicarea de comprese cu muştar pentru răceală – acum înlocuită de o listă mereu crescândă de tehnologii care oferă informaţii mai bune, cu mai mare eficienţă şi acurateţe. Afecţiunea faţă de această practică discreditată este considerată inutilă şi sentimentală.

De cealaltă parte sunt romanticii: doctorii care văd în examinarea fizică o parte a îndelungatei tradiţii de îngrijire a oamenilor şi care preţuiesc legătura profundă dintre doctor şi pacient, realizată printr-o mână bine plasată şi o inimă caldă. Aceştia îi privesc pe cei ce gândesc altfel ca pe nişte tehnicieni lipsiţi de suflet.

La mijloc suntem noi, ceilalţi, cei care vrem doar să înţelegem ce s-a pierdut. Cât de mare era rolul pe care examinarea fizică îl juca odată în diagnosticare? Ce ne lipseşte în această versiune modernă a medicinei, care reuşeşte cumva să se descurce fără acel lucru?

* *

Steven Megee, un bărbat amabil cu o expresie serioasă, este realizator radio şi, dată fiind pasiunea sa academică pentru examinarea fizică, a deschis un drum raţional în această zonă de mijloc. Ca internist şi profesor de medicină la University of Washington, el îmbrăţişează tehnologia, dar crede, de asemenea, că examinarea fizică are utilizări pe care aparatele nu le pot copia. Cercetările lui Megee vin în prelungirea propriei lui experienţe în medicină, iar cartea lui, *Diagnosticul fizic bazat pe probe*, aduce dovezi care susţin utilitatea examinării fizice în epoca tehnologiei înalte.

Când am vorbit cu Megee despre cartea sa, era nerăbdător să-mi descrie exemplele din experienţa lui medicală care îi dovediseră importanţa fundamentală a examinării pacientului. Îşi amintea un caz deosebit de dramatic pe care îl întâlnise doar cu câteva săptămâni înainte de discuţia noastră.

Megee şi echipa lui de rezidenţi şi studenţi la Medicină au fost chemaţi să consulte un pacient de la chirurgie. Pacientul venise la spital pentru excizarea unui cancer de piele din zona urechii. În dimineaţa aceea începuse să aibă dureri abdominale severe, iar

chirurgul plastician îi rugase să-l ajute să-şi dea seama ce se întâmplă.

Michael Killian, un bărbat slab, mai în vârstă, stătea în pat cu ochii deschişi, mişcându-se fără astâmpăr, ca şi cum nu ar fi putut să găsească o poziţie confortabilă. Bolborosea incoerent, în timp ce se zvârcolea în pat.

Rezidentul s-a prezentat pacientului tulburat şi a început imediat să-i pună întrebări. „Nu ştiu. Nu ştiu. Nu ştiu” era singurul lui răspuns. A devenit imediat evident că bărbatul în vârstă era prea confuz ca să ofere vreun detaliu despre durerea lui. Putea să-şi spună numele. Dar nu părea să ştie că e la spital sau de ce. Nu era capabil să zică decât că îl doare. Când rezidentul l-a întrebat dacă durerea e în burtă, şi-a început din nou litania: „Nu ştiu, nu ştiu”.

Pielea lui era palidă şi presărată cu pete roşii solzoase, dovada că stătuse prea multe ore la soare. Urechea care îl adusese iniţial la spital era mărită şi deformată de la leziunea umflată, roşie şi solzoasă din vârful ei. Obrajii nebărbieriţi erau supţi, pometţii bine definiţi şi ochii fixaţi pe ceva din cameră ce nimeni altcineva nu putea vedea. Bretonul cărunt era bine tuns, dar nepieptănat. Pielea lui era rece şi umedă de la transpiraţie. Era dificil de examinat, din cauza mişcărilor lui constant agitate. Inima îi bătea rapid, dar regulat. La fel era şi respiraţia. Când rezidentul a dat să examineze abdomenul pacientului, acesta a tresărit violent. „Nu. Nu. Nu. Nu mă atinge.” Privirea lui absentă revenise în încăpere, fixându-l furios pe tânărul doctor. Pacientul dădu din braţe într-un mod care sugera că vorbeşte serios. Doctorul s-a tras imediat înapoi.

— Nu. Nu. Nu.

Rezidentul s-a aplecat şi a început să îi vorbească bărbatului tulburat cu voce calmă.

— Ştiu că te doare şi vreau să te ajut. Dar ca să te ajut trebuie să îţi palpez stomacul. Nu o să-ţi fac rău.

Tonul mângâietor l-a liniştit în cele din urmă pe bărbatul suferind, deşi continua să-şi schimbe poziţia în pat, ca şi cum salteaua moale ar fi fost înlocuită cu un pat de cuie.

În timp ce rezidentul îl calma pe bărbatul confuz şi speriat, Megee a pus încet mâna pe partea din stânga sus a abdomenului lui. A simţit o rezistenţă neaşteptată în regiunea de obicei moale a stomacului şi o pulsaţie înceată şi constantă. Şi-a pus cealaltă mână pe buricul bărbatului. O masă moale palpita sub degetele lui, împingându-le spre dreapta. Asta i-a spus tot ce avea nevoie să ştie.

— Sună chirurgii, i-a spus Megee rezidentului. Omul acesta trebuie să meargă în sala de operaţie. Are anevrism aortic abdominal.

Aorta este vasul care duce sângele de la inimă în restul corpului. Pacienţii cu artere rigidizate şi tensiune arterială mare – precum acest

bărbat – pot ajunge să aibă zone mai slabe ale tubulaturii în mod normal groasă şi musculoasă, iar solicitarea acestui sistem de mare presiune poate să facă aceste zone slăbite să se umfle în afară, formând o proeminenţă pulsatilă în abdomen. Când acest balon ajunge suficient de mare, muşchii peretelui devin periculos de subţiri şi există riscul spargerii. Durerile cumplite şi mişcările neîncetate sunt simptome clasice ale unei rupturi a peretelui de muşchi acum subţiat, iar imensa masă pulsatilă a sugerat diagnosticul. Trei sferturi dintre pacienţii care suferă acest accident groaznic mor fie pe masa de operaţie, fie în drum spre ea.

Chirurgii vasculari au fost avertizaţi prin pager şi pacientul a fost dus în sala de operaţie, cu o scurtă oprire la tomograf pentru verificarea diagnosticului. În ciuda tuturor probabilităţilor, dl. Killian a supravieţuit operaţiei, viaţa lui fiind salvată de o simplă atingere.

Oricât de convingător ar putea fi un caz individual, în medicină, dacă vrei dovezi, ai nevoie de studii. Iar de-a lungul carierei sale, Megee s-a ocupat cu investigarea şi catalogarea componentelor individuale ale acestei arte periclitate, examinarea fizică. Rezultatele lui au reuşit să înfurie oameni din ambele tabere ale dezbaterii. Unele părţi bine cunoscute şi predate frecvent ale examinării fizice s-au dovedit a fi practic lipsite de valoare – ascultarea plămânilor rareori îl ajută pe un doctor să decidă dacă pacientul lui are pneumonie. Altele, atunci când sunt bine executate, s-au dovedit a fi la fel de solide şi de sigure ca şi analizele pe care le folosim pentru confirmarea diagnosticului. Făcută de experţi, examinarea cardiacă poate să identifice probleme ale valvelor inimii aproape la fel de bine ca o ecocardiogramă. Este esenţial să ştii cât de bine funcţionează fiecare dintre aceste teste individuale.

Dar aceste cercetări lasă totuşi fără răspuns marea întrebare: există vreo dovadă că această practică de modă veche chiar *influenţează* evoluţia pacientului? Sunt surprinzător de puţine cercetări pe această temă. Mai multe studii, de acum clasice, din anii 1960 şi 1970 au încercat să determine care instrumente sunt mai utile pentru a-i ajuta pe doctori să pună un diagnostic. În aceste studii, cel mai important instrument era cel mai simplu – doctorii erau în măsură să diagnosticheze corect bolile pacienţilor doar prin discuţii. În 70% din cazuri, povestea pacientului conţinea indiciul diagnosticului. La Facultatea de Medicină, doctorilor li se spune în mod repetat să asculte pacientul, pentru că acesta le va spune ce are. Aceste studii au demonstrat înţelepciunea acestui sfat.

Dar cum rămâne cu examinarea fizică? Conform aceloraşi studii, referindu-ne doar la pacienţii a căror poveste nu a oferit răspunsul, examinarea fizică a condus la diagnosticul corect la aproximativ

jumătate din cazuri. Analizele high-tech au indicat calea în cazurile care mai rămăseseră.

Desigur, analizele s-au schimbat mult de la momentul la care au fost făcute acele studii. Un studiu mai recent, realizat de Brendan Reilly, medic-şef la Weill Cornell Medical Center, a examinat această chestiune într-un mod diferit. Reilly a fost întrebat de unul dintre rezidenţii cărora le preda cât de importantă este examinarea fizică în punerea diagnosticului. Reilly a căutat în literatura de specialitate un răspuns. Pentru că nu a reuşit să-l găsească, a conceput propriul lui studiu.

Într-un spital clinic precum acesta, pacienţii sunt consultaţi mai întâi de rezidenţii interni, apoi examinaţi şi evaluaţi separat de către doctorul supervizor. Rezidenţii şi supervizorii schimbă informaţiile adunate independent pentru a găsi un diagnostic şi un plan de tratament. Reilly a trecut în revistă fişele tuturor pacienţilor pe care îi internase în spital împreună cu echipa lui în ultimele şase săptămâni, căutând un caz în care ceva descoperit de el la examinarea fizică ar fi schimbat diagnosticul şi tratamentul pacienţilor aflaţi în îngrijirea echipei lui.

Constatările au fost destul de impresionante. Examinarea fizică atentă schimbase diagnosticul şi tratamentul pacientului în douăzeci şi şase de cazuri din o sută – unul din patru pacienţi. Şi în aproape jumătate din aceste cazuri, dacă Reilly nu ar fi descoperit diagnosticul exact la examinare, el nu ar fi fost găsit prin „analizele normale” – cu alte cuvinte, analizele care ar fi fost cerute dacă acele aspecte nu ar fi fost descoperite la examinarea fizică. În acele cazuri, diagnosticul corect ar fi devenit evident doar atunci când boala ar fi progresat, iar starea pacientului s-ar fi agravat.

Acestea sunt descoperiri importante. Într-un caz şocant, despre un pacient internat în spital pentru dificultăţi de respiraţie s-a crezut, în urma radiografiei făcute la internare, că are o tumoră în piept. Fusese programat pentru o biopsie a acelei mase. Când Reilly a examinat pacientul, a descoperit un murmur tare al inimii. Pe baza localizării şi a ritmului sunetului anormal, şi-a dat seama că el se datora unei obstrucţii a uneia dintre valvele inimii. Blocajul făcea ca vasele care duceau spre acea valvă să se umfle din cauza excesului de sânge – aşa cum traficul îngroaşă în spate atunci când o autostradă circulată e îngustată de lucrări sau de un accident. „Masa” văzută la radiografia pieptului erau de fapt vasele umflate de sânge. Biopsia a fost anulată, iar pacientul a fost trimis la repararea chirurgicală a valvei sale.

Un alt pacient avea febră, dar nu fusese descoperită nicio sursă de infecţie. Era tratat cu antibiotice intravenoase. Reilly a observat că unul dintre degetele de la picioare ale pacientului era decolorat, într-un mod care sugera că alimentarea cu sânge în acea zonă fusese

oprită şi degetul se infectase. Au fost consultaţi cei de la secţia de chirurgie, iar degetul a fost amputat şi febra a dispărut odată cu el.

Aceste câteva studii sugerează că o examinare fizică minuţioasă poate juca un rol esenţial în punerea la timp a unui diagnostic – un rol care nu poate fi copiat nici măcar de cele mai sofisticate analize disponibile în acest moment.

Unul dintre paradoxurile epocii noastre ultratehnologizate este că multe dintre instrumentele de economisire a timpului şi efortului care s-au strecurat în viaţa noastră zilnică adesea nu economisesc nici timp, nici efort. Majoritatea calculatoarelor au un carneţel virtual. Este cu ceva mai bun decât carneţelul real din buzunarul nostru? Un calculator poate fi esenţial pentru executarea unor funcţii complexe, dar economiseşte el timp atunci când tot ce trebuie să faci, de fapt, e să aduni, să scazi sau să înmulţeşti câteva numere?

La fel, analizele medicale sunt o modalitate de a ajunge la un diagnostic, dar uneori – iar dacă Brendan Reilly are dreptate, în 25% din cazuri – poţi obţine răspunsul corect prin simpla examinare a pacientului.

Nu vreau să spun prin asta că o examinare fizică poate înlocui analizele. Cu analizele pe care le avem acum la dispoziţie, putem diagnostica boli care, în altă epocă, nu cu mult timp în urmă, puteau fi identificate doar la autopsie.

Dar examinarea fizică poate direcţiona gândirea doctorului şi poate restrânge opţiunile de analize la cele mai susceptibile să ofere răspunsuri utile – cruţând timp, bani şi uneori vieţi.

Limbajul vorbit de corp

Experienţa de a fi bolnav poate semăna cu aceea de a te trezi într-o ţară străină. Viaţa, aşa cum era ea înainte, este suspendată, în timp ce călătoreşti în această lume pe cât de necunoscută, pe atât de neaşteptată. Când consult, la spital sau în cabinetul meu, pacienţi care se îmbolnăvesc brusc şi surprinzător vor de fapt să ştie: „Ce e în neregulă cu mine?” Vor o hartă care să-i ajute să stăpânească noul teritoriu. Capacitatea de a da un nume acestui loc nefamiliar şi deconcertant, de a-l cunoaşte – într-o anumită măsură – readuce o anumită doză de control, indiferent dacă diagnosticul presupune sau nu şi un tratament. Deoarece, chiar şi în ziua de azi, un diagnostic este adesea tot ceea ce are de oferit un doctor bun.

Fără îndoială, acesta era şi cazul lui Gayle Delacroix, o antrenoare de fotbal şi profesoară de gimnastică de cincizeci şi opt de ani, pensionată, care a venit în micul spital local din Connecticut în care lucrez cu o boală uimitoare.

Era spre sfârşitul verii lui 2003, iar Gayle şi partenera ei de-o viaţă, Kathy James, se întorceau acasă dintr-o călătorie cu cortul prin ţară – în care au mers cu maşina, au făcut excursii cu bicicleta şi au urcat pe

munte din nordul Connecticutului până în vest, în munţii din Colorado. Plănuiseră să ajungă în paturile lor până la sfârşitul săptămânii. Fusese o vară superbă, până într-o noapte în care Gayle a fost trezită de o durere cumplită în partea de jos a spatelui. Durerea era ascuţită. Ca un junghi. Insuportabilă.

Gayle şi-a trezit partenera: „Ceva nu e în regulă cu mine”, i-a spus ea. În lumina pâlpâitoare a lanternei, Kathy a văzut că faţa lui Gayle luceşte din cauza transpiraţiei şi e tensionată de durere. Deşi noaptea de vară era răcoroasă în munţi, pielea ei era fierbinte şi Kathy nu avea nevoie de termometru ca să-şi dea seama că partenera ei are febră.

Gayle i-a spus că o doare capul. Şi îi era frig şi cald în acelaşi timp. Dar cel mai rău era că avea acea durere intensă în partea de jos a spatelui. Prezenta acea caracteristică precisă şi totuşi evazivă a durerii asociate consumării a ceva rece. Din când în când, în partea din spate a picioarelor ei coborau înţepături electrice, dar durerea din spate era persistentă şi sâcâitoare. Când vorbea, îi clănţăneau dinţii. Întreg corpul îi era zgâlţâit de frisoane cumplite.

Kathy şi-a dat seama că Gayle are nevoie de doctor. S-a îmbrăcat şi şi-a băgat repede sacul de dormit în rucsac. A ajutat-o pe Gayle să iasă din cort şi să se aşeze pe trunchiul pe care mâncaseră de seară, a împachetat lucrurile lor şi le-a dus în grabă la maşină. Apoi s-a întors s-o ajute pe partenera ei să parcurgă cărarea accidentată.

Au mers o oră pe drumurile secundare din West Virginia spre Maryland. Încă o oră până la o ieşire marcată cu H-ul alb care promitea că înainte e un spital. Doctorul de la urgenţe era practic un copil. Înalt, vânos, cu ochelari eleganţi şi un halat boţit pe deasupra blugilor, părea că tocmai s-a dat jos din pat. A ajutat-o pe Gayle să se ridice şi a examinat rapid spatele ei.

I-a oferit un diagnostic şi a liniştit-o într-o oarecare măsură.

— Nu cred că febra şi durerile de spate au legătură una cu alta, le-a spus el. Cred că durerile de spate şi picioare sunt de la sciatică. Iar febra – cine ştie? Vreun virus, probabil.

I-a dat lui Gayle nişte Ibuprofen şi un relaxant muscular, pentru spate. Când Kathy – înfuriată de examinarea superficială şi neconvinsă de diagnostic – a sugerat posibilitatea bolii Lyme („Am fost cu cortul, pentru numele lui Dumnezeu”), doctorul le-a scris conştiincios o reţetă pentru Doxiciclină, antibioticul recomandat pentru această boală.

Kathy era îngrijorată – ea era fizioterapeut. Văzuse multe cazuri de sciatică, dar niciunul atât de grav.

Şi febră atât de mare? Greu de crezut că nu aveau legătură.

Pe de altă parte, Gayle se simţea uşurată de diagnosticul liniştitor. Nu fusese bolnavă niciodată şi nu era pregătită să înceapă acum. După ce au plecat de la spital au mers cu maşina până dimineaţa,

apoi s-au cazat la un motel de lângă drum şi au recuperat orele de somn pierdute. Au dormit bine – Gayle cu ajutorul Ibuprofenului, relaxantului muscular şi, la insistenţele lui Kathy, a Doxiciclinei. Când s-au trezit era după-amiaza târziu.

Gayle s-a ridicat în capul oaselor. Se simţea puţin mai bine, deşi îşi dădea seama că picioarele îi erau ciudat de grele în timp ce le punea pe podea. Când a încercat să se ridice, acestea s-au îndoit sub ea şi Gayle a căzut, neajutorată, înapoi în pat.

— Picioarele mele nu funcţionează, Kathy. Nu pot să merg.

Vocea lui Gayle era ascuţită şi îngrozită.

— Nu pot să merg, a repetat ea.

Inima lui Kathy a început să bubuie. Ştiuse ea. Chiar era ceva în neregulă. Nu erau departe de Baltimore – să meargă acolo? Nu, a insistat Gayle. Voia să meargă acasă.

Erau la cel puţin cinci sau şase ore distanţă de micul orăşel din Connecticut în care trăiau. Kathy a condus cât de repede a putut direct la spitalul din localitate. „Au fost cele mai lungi cinci ore din viaţa mea”, mi-a spus ea mai târziu.

— Stai aici, i-a spus Kathy partenerei ei şi a intrat în camera de urgenţă.

S-a întors câteva minute mai târziu cu doi angajaţi de la urgenţe şi un scaun cu rotile. Au ajutat-o toţi trei pe femeia acum invalidă să iasă din maşină şi au dus-o imediat la urgenţe.

În seara aceea era de gardă dr. Parvin Zawahir, o rezidentă în primul ei an. Aceasta a parcurs rapid fişa subţire care descria intervalul petrecut de pacientă la urgenţe. Avea febră, 38 cu 5. Slăbiciune. Analizele de sânge deja efectuate nu arătau prea multe – nivelul leucocitelor nu era ridicat. Parametrii chimici erau normali. Ficatul – normal.

A găsit separeul delimitat de perdele al pacientei, s-a prezentat şi a început procesul familiar de anamneză. Începuse cu cinci zile în urmă, i-a spus Gayle. O duruse stomacul şi avusese diaree. Crezuse că e toxiinfecţie alimentară şi nu-i dăduse prea multă atenţie. Două zile mai târziu, îi apăruse o erupţie pe gât. Nu o mânca şi nu o durea şi nici nu o remarcase până nu i-a arătat-o Kathy. La început crezuse că o rosese cureaua căştii de biciclist, dar a doua zi i se răspândise pe picioare şi pe stomac. Apoi, cu o zi în urmă, se simţise obosită după ce aruncase de câteva ori la coş – neobişnuit pentru energia ei. Dar nu se simţise rău decât atunci când fusese trezită de durere, cu aproape douăzeci şi patru de ore în urmă.

Vreo înţepătură? a întrebat Zawahir. Gayle a dat din cap. Nenumărate. O înţepaseră o grămadă de ţânţari. Nu-şi amintea s-o fi muşcat vreo căpuşă. Nu fusese în preajma vreunui bolnav. Nu avea

animale de casă. Nu fuma – nu fumase niciodată. Nu bea şi nu consuma droguri.

Tânăra doctoriţă se uită mai atent la erupţie.

Era puţin vizibilă, dar acoperea mare parte a corpului. Era alcătuită din zeci de umflături mici, uşor roşiatice, puţin ieşite în relief.

Spatele ei arăta destul de normal şi nu era sensibil. Restul examinării nu a dezvăluit nimic neobişnuit, până când a ajuns la picioarele pacientei. Gayle putea să-şi mişte degetele de la picioare şi să dea din picioare în faţă şi în spate. Dar nu şi le putea ridica – cel puţin stângul. Zawahir s-a aşezat la birou, voind să scrie fişa de internare.

Cum putea să pună toate acestea laolaltă? Era o problemă a muşchilor? Sau erau nervii care puneau muşchii în mişcare? Tipul de durere pe care o descria pacienta – cu descărcări electrice în jos pe picioare – semăna, fără îndoială, destul de mult cu sciatica la care se gândise doctorul de la camera de urgenţă din Maryland. Dar Zawahir nu credea că febra şi durerea erau două probleme separate. Nu avea sens. Începuseră în acelaşi timp. Nu, trebuia să existe o legătură între ele.

O infecţie părea cea mai probabilă. Stând atâta timp în natură, Gayle era candidata perfectă pentru boala Lyme. Pe de altă parte, pacienta fusese în Colorado, în West Virginia şi în alte zece locuri între ele – exista boala Lyme în acele locuri? Sau poate tifosul exantematic Rocky Mountain? Şi acesta era transmis de căpuşe şi se caracteriza prin febră şi erupţie. Şi putea fi mortal.

Putea fi oare o boală transmisă de ţânţari? În Connecticut, în fiecare vară apărea teama de encefalita ecvină de est. Deşi Zawahir nu ştia câte cazuri din această boală existau pe an, citise că era adesea mortală. Ce alte virusuri puteau provoca aşa ceva? Putea fi virusul West Nile? Encefalită herpetică? Nu era sigură. Nu văzuse niciodată vreuna din aceste boli.

Trebuia să facă o puncţie lombară, să vadă dacă laboratorul găsea vreo bacterie sau dovezi de infecţie a fluidului. Şi avea să trimită probe de sânge pentru alte analize. Un examen IRM ar arăta dacă exista vreo infecţie în sau lângă măduva spinării. Avea să înceapă să-i dea antibiotice în doze mari – care să acopere atât boala Lyme, cât şi tifosul exantematic Rocky Mountain. Şi ar fi vrut să obţină o consultaţie la secţia de boli infecţioase. Poate că un specialist ar fi putut s-o ajute să soluţioneze acest caz.

Deşi îngrijise pacienţi şi mai bolnavi, internista era îngrijorată de picioarele aproape paralizate ale pacientei. Dacă depistezi o leziune neurologică suficient de devreme, daunele pot fi uneori reversibile. Dacă nu, această femeie activă şi în putere putea să rămână invalidă pe viaţă.

După vizita de a doua zi dimineaţa, Zawahir l-a căutat pe dr. Majid Sadigh, un specialist în boli infecţioase din spital şi unul dintre cei mai buni doctori pe care îi cunoştea ea. Fiecare doctor cunoaşte un astfel de doctor – tipul la care te duci atunci când eşti perplex. Sau îngrijorat. Sau speriat. În fiecare spital sau comunitate de doctori există întotdeauna acest doctor anumit ale cărui cunoştinţe şi perspicacitate clinică par mult mai profunde decât ale oricui altcuiva. Nu există o listă cu numele lor sau cu premii acordate pentru această calitate. E doar ceva ce doctorii îşi spun prin viu grai. În centrul Connecticutului, Sadigh era unul dintre aceşti doctori.

Majid Sadigh se specializase în boli infecţioase în ţara sa natală, Iran. În 1979, la puţin timp după ce Sadigh îşi terminase specializarea, Mohammed Reza Pahlavi, monarhul sprijinit de SUA (cunoscut aici drept Şahul Iranului), a fost răsturnat de o revoluţie religioasă, iar Sadigh şi familia lui au fost obligaţi să fugă. A ajuns în Waterbury, Connecticut. Pentru a practica medicina în această ţară, toţi doctorii străini trebuie să parcurgă rezidenţiatul aici, indiferent de experienţa lor anterioară. Programul în care a fost primit Sadigh era mic, dar respectat pe o arie largă pentru înalta calitate a predării. Abilităţile lui Sadigh erau atât de impresionante, încât, la sfârşitul primului an din cei trei ai programului, a fost numit rezident-şef. Anul următor, s-a angajat la Yale Medical School şi de atunci a rămas acolo.

Încă din primele zile de rezidenţiat, Sadigh şi-a dat seama că are o abilitate aproape necunoscută în această ţară: înţelegea tehnicile şi valoarea examinării fizice. În Iran, până şi analizele simple sunt adesea indisponibile. În această zonă, un medic trebuie să se bazeze pe povestea pacientului şi pe examinarea fizică pentru a pune un diagnostic. „Corpul este aici, plin de atât de multe lucruri pe care vrea să ţi le spună. Dar dacă tu nu îi vorbeşti limba, vei fi surd la secretele sale. Sarcina mea, mi-a spus Sadigh, este să îi învăţ pe rezidenţii noştri acest limbaj important.”

Zawahir i-a expus pe scurt cazul lui Sadigh, apoi l-a condus la pacientă. Tânăra doctoriţă a privit cu interes cum Sadigh vorbea cu Gayle şi Karen. Sadigh s-a aşezat lângă pat şi a început să le pună întrebări celor două femei despre ceea ce se întâmplase. Apoi a examinat-o atent pe Gayle, acordând o atenţie specială piciorului ei stâng. A ridicat ambele călcâie, prinzându-le în palmele lui, la vreo zece centimetri deasupra cearşafului.

— Ridică piciorul drept, i-a cerut el.

În timp ce Gayle se străduia să ridice piciorul drept slăbit, piciorul stâng paralizat a coborât puţin, dar nu suficient cât să atingă cearşaful.

— Acum ridică stângul.

Gayle s-a străduit, muşcându-şi buzele, să ridice piciorul parţial paralizat. În timp ce îşi dădea silinţa, călcâiul drept a căzut pe pat, în timp ce ea îşi aduna energia în şolduri, ca să ridice piciorul stâng. Piciorul stâng nu se clintea. Aşezând din nou picioarele pe pat, Sadigh a testat părţile inferioare ale acestora.

— Apasă cu picioarele pe mâna mea, ca şi cum ai apăsa acceleraţia.

Piciorul drept s-a flexat în faţă; stângul de-abia dacă s-a mişcat. Sadigh a atins uşor ambele picioare.

— Simţi asta?

Gayle a dat din cap că da.

— E la fel la ambele picioare?

Femeia a dat iar din cap. Sadigh a continuat s-o examineze. Nu simţea nimic ciudat. I-a ridicat genunchiul stâng cu o mână şi l-a lovit cu un ciocan de cauciuc în formă de vârf de săgeată. Nimic. A repetat mişcarea cu dreptul. Piciorul a zvâcnit şi s-a balansat în sus. A încercat iarăşi la stângul şi, din nou, nicio reacţie.

Sadigh s-a uitat fix la piciorul stâng, apoi a chemat-o pe Zawahir.

— Uită-te la asta, a spus el arătând spre piciorul pacientei.

Mici porţiuni de piele de pe piciorul lui Gayle păreau să se mişte, zvâcnind şi smucindu-se. Piciorul în sine era complet nemişcat – doar pielea şi muşchii coapsei tresăreau. Mici grupe de muşchi se contractau spontan, independent. Era ca şi cum nişte viermi mici i s-ar fi târât pe sub piele.

— Fasciculaţii, a spus Sadigh, cu vocea lui cu accent uşor.

Fasciculaţiile sunt mici explozii de activitate necoordonate ale unui grup de fibre musculare, comandate de o singură fibră nervoasă. Ştia că descoperise un indiciu important.

După ce a ieşit din salon, Sadigh a trecut în revistă ceea ce i se păreau a fi caracteristicile importante ale pacientei şi ale bolii ei; mai întâi, fusese foarte sănătoasă până acum şi îşi petrecuse foarte mult timp în natură. Ambele ei picioare erau afectate de o slăbiciune accentuată, dar unul mai mult decât celălalt. Doar muşchii coapsei şi ai şoldului erau implicaţi – cei ai părţii de jos a piciorului şi ai trunchiului fuseseră cruţaţi. Erau afectaţi numai nervii care comandă muşchii. Senzaţia, care se transmite pe fibre nervoase diferite şi e conectată la o altă parte a măduvei spinării, era normală. Dar femeia avea fasciculaţii. Acele mici zvâcniri ale muşchilor erau cheia. Fasciculaţiile şi nealterarea senzaţiei sugerau că un singur tip de celule din măduva spinării fusese afectat: celulele care controlează muşchii trupului, numite celule ale coarnelor anterioare – descriere bazată pe locul în care se găsesc ele în măduva spinării.

— Am mai văzut aşa ceva – dar nu neapărat în ţara aceasta. Aşa arată poliomielita.

Apoi a adăugat:

— Dar nu cred că asta e poliomielită.

Există o altă boală, a explicat el, o boală nouă în această ţară. O boală care poate arăta exact ca poliomielita.

O boală care poate provoca aceeaşi paralizie devastatoare. Sadigh a făcut o pauză.

— Cred că e virusul West Nile.

West Nile ajunsese la ştiri cu câţiva ani în urmă, în vara lui 1999, când făcuse ravagii într-o comunitate mică din Queens, New York. Era o boală bine-cunoscută în Africa, de unde provenea, iar epidemii locale fuseseră semnalate în toată Europa şi în anumite regiuni din Rusia, dar până în vara aceea, nu existase în Statele Unite. Manifestarea distinctă a acestei boli – cu paralizia asemănătoare celei provocate de poliomielită şi afectându-i în special pe oamenii de peste cincizeci de ani – îi ajutase pe doctorii de la Departamentul de Sănătate din New York să o recunoască drept o entitate nouă şi să acţioneze rapid şi agresiv pentru controlarea epidemiei. Totuşi, în vara aceea, şaizeci şi două de persoane au fost spitalizate fiind afectate de acest virus; şapte dintre ele – toate având peste cincizeci de ani – au murit. În ciuda măsurilor agresive de eradicare a ţânţarilor care răspândesc boala, în 2003 erau deja semnalate cazuri în fiecare stat continental al SUA.

Sadigh îşi amintea clar evenimentele verii lui 1999. Asemănarea bolii cu poliomielita fusese îndelung discutată la acel moment. După consultarea lui Delacroix, Sadigh era sigur că asta avea femeia. O mostră din lichidul cefalorahidian al lui Gayle Delacroix a fost trimisă la laboratorul de stat din Hartford, pentru confirmarea diagnosticului. Aveau să treacă zile – poate săptămâni – până când rezultatele aveau să fie gata. Între timp, aveau să se asigure că nu există şi cine ştie ce altă entitate care trebuie tratată.

După ce a discutat cu dr. Sadigh că este posibil să fie vorba de West Nile, Zawahir s-a întors la patul pacientei pentru a-i spune veştile. Gayle şi Kathy auziseră despre virusul West Nile. Cine nu auzise, în Connecticut? Dar nu ştiau prea multe despre el. Zawahir a făcut paralela cu poliomielita, paralelă pe care o făcuse Sadigh. Când a auzit asta, ochii pacientei s-au umplut de lacrimi. Simplul cuvânt îi evoca imagini cu copii având aparate de respirat artificiale sau mergând cu proteze de metal şi cârje. Acesta era viitorul ei? Zawahir a încercat s-o liniştească, dar nu ştia cum. Era unul dintre primele cazuri întâlnite în acel stat. Trebuiau să aştepte pur şi simplu să vadă ce se întâmplă.

„Partea cea mai grea era că nu ştiam ce se întâmplă sau unde voi ajunge”, mi-a spus Gayle. Diagnosticul de West Nile nu era liniştitor, dar cineva relativ tânăr şi cu o sănătate de fier putea să-i

supravieţuiască. Ea şi partenera ei se treziseră într-o lume nouă. Nu voiau să fie acolo, dar acolo erau, aşa că s-au apucat să înveţe noua limbă şi să ia în stăpânire peisajul.

Kathy a citit despre virusul West Nile şi poliomielită, avidă de strategii care s-o ajute pe partenera ei să riposteze. În a treia zi de şedere la spital, deşi încă slăbită şi având stări febrile, Gayle a insistat să se dea jos din pat şi să stea în picioare. A făcut-o, deşi avea nevoie de ajutor. După o săptămână făcuse câţiva paşi ezitanţi cu ajutorul unui cadru, monitorizată de un fizioterapeut. Între timp, începeau să sosească treptat rezultatele analizelor. Nu era Lyme; nu era tifos exantematic Rocky Mountain. Nu era tuberculoză, sarcoidoză, sifilis sau SIDA. Antibioticele date în speranţa unei infecţii tratabile au fost suspendate. În cele din urmă, au primit confirmarea a ceea ce ştiau deja. Fusese infectată cu virusul West Nile.

„Am sperat, împotriva evidenţei, că nu era West Nile, dar doctorii păreau destul de siguri încă de la început”, mi-a spus Gayle. Simplul fapt că ştia cu ce se confruntă – oricât de înspăimântător ar fi fost – era neaşteptat de reconfortant şi i-a dat o direcţie în care să-şi concentreze considerabila ei energie şi hotărârea de a se face bine.

Nu e timp de examinare

În cazul lui Gayle Delacroix şi al virusului West Nile, examinarea fizică a condus direct la un diagnostic extraordinar. De obicei, examinarea fizică poate oferi nu un diagnostic, ci un indiciu esenţial care poate orienta analizele ulterioare – o scurtătură spre răspunsul corect. Analizele nenumărate pe care le ceri pentru evaluarea pacientului te pot duce, în cele din urmă, la răspuns, dar, în cazul unui pacient foarte bolnav, timpul este adesea scurt. În multe situaţii, o examinare atentă poate focaliza căutarea şi îl poate ajuta pe medic să găsească problema mai repede. Acest avantaj este cel mai util, bineînţeles, în rândul pacienţilor cu boli grave. Dar chiar şi aici – poate mai ales aici – examinarea fizică devine la fel de demodată ca şi geanta neagră a doctorului.

Cu cât este pacientul mai bolnav, cu atât mai mare este tentaţia de a sări peste etapele fundamentale – cum ar fi examinarea fizică – şi de a ne baza doar pe tehnologia disponibilă pentru aflarea răspunsurilor. E o tentaţie care uneori se poate dovedi fatală – după cum era să descopere Charlie Jackson.

Cea mai mare parte a vieţii sale de adult, Charlie Jackson nu s-a dus la doctori. Lucrurile s-au schimbat după ce a avut un atac cerebral sever la şaizeci şi doi de ani. Atacul l-a lăsat cu piciorul şi braţul drept aproape imobile, faţa strâmbă şi vorbirea îngânată. Totuşi, minunatul său zâmbet poznaş şi bunele maniere – apărea adesea la consultaţie cu un coş de piersici sau o pungă de nuci pecan din Carolina lui natală – făceau din el un preferat al cabinetului nostru. Se simţea bine, astfel

că am fost şocată atunci când un membru al personalului m-a sunat să-mi spună că Charlie e pe moarte.

Venise la cabinet pentru şedinţa obişnuită de recuperare cu Sue, asistenta lui calificată. Imediat ce l-a văzut în dimineaţa aceea, Sue a ştiut că ceva nu era deloc în regulă. Mersul lui, puţin nesigur de la atac încoace, devenise un târşâit greoi. Silueta lui subţire era aplecată peste cadrul de mers, de parcă n-ar fi putut sta pe verticală.

— Ce s-a întâmplat, Charlie? l-a întrebat Sue, venind imediat lângă el.

— Nu… pot… să merg.

Charlie rostea cuvintele sugrumat. Iar vocea lui era ciudată într-un fel nou – de parcă ar fi vorbit în reluare. Sue a întins mâna şi i-a luat pulsul. Era slab – foarte slab. Prea slab ca să ţină în viaţă chiar şi acest bărbat subţire ca o trestie. Nu mai era nevoie de nicio altă examinare. Sue ştia că Charlie trebuie internat.

Echipa de la urgenţe a intrat furtunos pe uşi, împingându-l pe Charlie în mijlocul aglomeraţiei din încăpere. Asistenta de triaj i-a direcţionat imediat spre un separeu gol, în timp ce ei îşi ţipau informaţiile. „Bărbat de şaizeci şi patru de ani… antecedente de atac cerebral… se plânge de slăbiciune şi dureri de burtă.” Inima îi bătea încet, au transmis ei; tensiunea arterială era prea scăzută pentru a fi măsurată. Monitorul arăta un puls de douăzeci şi ceva – normal este peste şaizeci. Dr. Ralph Warner a intrat în încăpere şi a început să evalueze rapid situaţia.

— Daţi-mi o fiolă de atropină, s-a răstit el, cerând medicamentul folosit pentru accelerarea inimii.

După injectarea medicamentului, Warner a privit cum monitorul continua să arate linia lui galbenă, întreruptă mult prea rar de vârful care indica încă o bătaie a inimii. Dar pulsul şi presiunea arterială ale pacientului au început, încet, să crească.

Cu haosul obişnuit al camerei de urgenţă clocotind în jurul lui, Warner s-a silit să stea jos şi să se concentreze, în timp ce pacientul îşi descria simptomele. Începuse noaptea trecută, i-a spus Charlie doctorului, cu această bolboroseală nouă şi ciudată. Se simţea slăbit, de-abia se putea mişca. În dimineaţa aceea începuse să-l doară stomacul. Vreo durere în piept? interveni Warner. Dificultăţi de respiraţie? Febră sau frisoane? Vomase?

Pacientul a scuturat din cap că nu. Lua medicamente pentru scăderea presiunii arteriale şi a colesterolului. Nu fumase şi nu băuse de la atacul cerebral încoace. O scurtă examinare i-a arătat lui Warner rezultatele atacului cerebral, dar nimic altceva.

De ce bătea inima lui atât de încet? se întreba doctorul. Luase oare prea mult din unul dintre medicamente? Suferise un atac de cord care afectase ritmul natural al inimii lui? EKG-ul, deşi anormal, nu sugera

un atac de cord. Warner a chemat cardiologul, care s-a grăbit să pună un stimulator cardiac temporar. Charlie era pregătit pentru tratamentul care ar fi putut să-i salveze viaţa, când de la laborator au sosit o parte din răspunsuri.

Analizele de sânge făcute la urgenţe arătau că rinichii pacientului nu funcţionează. Iar nivelul de potasiu – un element esenţial în chimia corpului, reglat de rinichi – era periculos de ridicat. Potasiul controlează cât de repede răspund celulele la comenzile corpului. Dacă nivelul de potasiu e prea scăzut, celulele reacţionează exagerat la orice stimul; dacă e prea mare, funcţiile organismului încetinesc. Dacă nivelul ridicat de potasiu îi încetinea inima, atunci eliminarea acestui mineral avea să permită inimii să pompeze într-un ritm normal. Pacientului i s-au dat medicamente pentru eliminarea potasiului din organism, iar apoi a fost transferat la terapie intensivă pentru monitorizare.

Dacă nivelul de potasiu era ridicat din cauza disfuncţionalităţii rinichilor, ce provoca această disfuncţionalitate? Dr. Peter Sands, internistul de gardă de la terapie intensivă, a meditat la această întrebare în timp ce trecea în revistă fişa de observaţie şi rezultatele tuturor analizelor făcute. Nu era o eroare de medicaţie. Cutia cu medicamente a pacientului arăta numărul corect de pilule. Şi nu fusese un atac de cord; o analiză a sângelui dovedea asta. Sands a căutat rezultatele de la analiza urinei, să vadă dacă exista vreun indiciu acolo, dar nu a găsit nimic. Nu se ştie de ce, nimeni nu trimisese nicio probă de urină la laborator. Erau rinichii lui prea avariaţi pentru a produce urină? Asta era vital de ştiut.

Sands a cerut asistentei să recolteze nişte urină de la pacient. Aceasta s-a întors cu mâna goală. Pacientul nu putea urina; îi spusese că nu mai urinase de noaptea trecută. Asistenta nu reuşise să-i monteze un cateter Foley, un tub de cauciuc care este introdus prin uretră până în vezică, pentru a recolta urină. Era, oare, uretra blocată de ceva? Un rezident urolog a reuşit în cele din urmă să introducă un cateter în vezică şi urina a ţâşnit imediat prin tub – aproape doi litri şi jumătate. O vezică plină conţine, până la un prag confortabil, puţin peste 250 ml. Vezica lui Charlie reţinuse de opt ori pe atât. Rezidentul urolog l-a privit pe internist:

— Acum cred că ştim de ce nu îi funcţionau rinichii.

Uretra era blocată – de prostată. Prostata înconjoară uretra, iar când se dilată, cum se întâmplă adesea odată cu vârsta, poate să se extindă asupra acelui canal îngust, obstrucţionându-l şi, în cele din urmă, blocându-l, în aşa fel încât urina nu mai poate să treacă. După ce lichidul captiv umple vezica, dilatând-o mult peste capacitatea ei normală, presiunea blochează rinichii pacientului. La doar câteva ore după îndepărtarea obstrucţiei, nivelul de potasiu din corpul lui Charlie

a început să scadă, în timp ce rinichii reintrau în funcţiune. Patru ore mai târziu, pulsul lui trecuse de şaizeci. A doua zi dimineaţă, durerile abdominale, provocate probabil de vezica extrem de umflată, se diminuaseră. Când a ieşit din spital, trei zile mai târziu, nivelul de potasiu şi pulsul erau normale, iar rinichii funcţionau. Trebuia să menţină cateterul în vezică, până când canalul obstrucţionat avea să fie deschis.

În orele dinaintea diagnosticării lui, Charlie a fost consultat de cel puţin două asistente şi trei doctori.

Se plânsese de dureri abdominale. Cum fusese posibil ca niciunul dintre aceşti doctori sau asistente să nu observe că vezica, de obicei de mărimea unui puc de hochei, era cât o minge de fotbal? Charlie e un bărbat subţire, cu o înălţime de peste 1,80 şi care cântăreşte doar 65 de kilograme. Stomacul lui este în mod normal plat. Nu l-am văzut în ziua aceea, dar presupun că acesta era umflat şi sensibil. Bănuiesc că nimeni nu a observat din cauză că nimeni nu s-a uitat.

Nimeni nu l-a examinat pe Charlie Jackson – până când a fost aproape prea târziu.

Doctoriţa frenetică

Ca doctor practicant, înţeleg tentaţia de a sări peste examinarea fizică. Vine un pacient bolnav, iar tu eşti atât de concentrat asupra lucrului despre care eşti sigur că l-ar putea ucide, încât nu te gândeşti să te mai uiţi la nimic altceva. Atunci când consulţi un pacient care ar putea muri în faţa ochilor tăi există un tip de anxietate, o panică oarecum controlată, alimentată de adrenalină. Te uiţi atent la analize şi studii. Iei rezultatele consultaţiei. Îl trimiţi la terapie intensivă. Dar nu-l examinezi. Doctorii nu mai fac asta, în parte din cauză că nu mai ştiu cum.

Atât de bine a fost învăţată lecţia aceasta, încât doctorii – cei aflaţi în pregătire sau nu – adesea nici măcar nu-şi mai dau seama când pierderea acestui vestigiu vechi şi demodat face imposibil un diagnostic clasic. Particip frecvent la conferinţe medicale, în speranţa de a găsi cazuri pentru rubrica mea din ziar. Am dat peste un exemplu perfect din această categorie la o conferinţă recentă organizată de Society of General Internai Medicine, o asociaţie a medicilor universitari.

Judy Reemsma, o rezidentă în anul trei, stătea lângă afişul ei din labirintul de separeuri care alcătuiesc sălile de expoziţie în care rezidenţii şi studenţii la Medicină îşi expun cercetările şi studiile de caz. Vorbea cu încredere despre cazul prezentat în afişul ei. Aşa şi trebuia – în acest caz, ea era atât doctorul care pusese diagnosticul, cât şi pacientul.

În timpul celui de-al doilea an la Facultatea de Medicină, Reemsma s-a îmbolnăvit şi a fost dusă la urgenţă de către logodnicul ei, David

Disilva. Cazul i-a fost repartizat doctorului Jack Mefarland, un rezident de medicină de urgenţă şi bun prieten al lui Judy.

Într-o seară de primăvară din 2004, Mefarland, înalt şi zvelt, uşor aplecat de umeri, şi-a salutat prietena din uşă.

— Ce faceţi aici, oameni buni? a întrebat el.

Era ciudat s-o vadă acolo. Iar pentru ea era şocant să fie îmbrăcată nu în costumul obişnuit, cu halat alb, ci în cămaşa de noapte subţire care face din tine un pacient.

În timp ce schimba amabilităţi rapide cu David, Mefarland a încercat să evalueze starea lui Judy. Părea în regulă, s-a gândit el. Inima ei gonea; contorizarea de pe monitor indica 150 de bătăi pe minut. Tensiunea arterială era mare şi, deşi părea neliniştită, nu arăta foarte bolnavă.

Apoi a început să vorbească. Un torent sălbatic de cuvinte s-a revărsat din gura ei. Expresii aleatorii, propoziţii fără sens, paragrafe rostite rapid şi incoerent. Existau fragmente logice, presărate prin discurs, dar erau aproape înecate de şuvoiul vorbirii. Mefarland era şocat. S-a uitat la tânărul bărbat, care a dat din cap. De asta veniseră.

Judy se simţise bine toată ziua, i-a spus David.

El îşi luase o zi liberă de la serviciu şi petrecuseră împreună cea mai mare parte a după-amiezii. Ea avea cursuri a doua zi dimineaţă. Se întorseseră acasă, ea voia să înveţe.

Se duseseră la sala de gimnastică, apoi pregătiseră cina împreună. După aceea, ea se dusese la etaj să înveţe. Cam după o oră, se plânsese de dureri de stomac. Iar ecranul calculatorului părea neclar, îi spusese ea. Apoi s-a hotărât să se întoarcă în dormitor şi să se întindă.

După încă o oră, el a auzit-o căzând – a urcat în grabă la etaj şi a găsit-o pe podea, plângând incontrolabil. Când a vorbit, cuvintele ei nu aveau niciun sens, iar lui îi era clar că e într-o stare de confuzie. Atunci a început să se sperie. Când au plecat spre spital, Judy era atât de nesigură pe picioare, încât el trebuise, practic, s-o ducă pe sus la maşină.

Pacienta era atletică, avea douăzeci şi şapte de ani şi nu avea probleme medicale semnificative. Lua un antidepresiv, Paxil, şi primise încă unul, Elavil, care s-o ajute să doarmă. Dar, a adăugat David, Judy nu se simţea bine de la Elavil, aşa că nu-l mai lua. Nu fuma, bea ocazional, nu consuma niciodată substanţe interzise. În timp ce Mefarland şi logodnicul lui Judy parcurgeau anamneza acesteia, pacienta se mişca fără astâmpăr pe patul mobil. Uneori încerca să răspundă la întrebări, dar vorbirea ei era împleticită – o salată de cuvinte cu prea puţine informaţii utile. Nu părea să-şi dea seama că nu vorbeşte raţional.

— Trebuie să te examinez, se poate? a întrebat-o Mefarland ezitant pe pacientă.

Ea a dat din cap că da. Luminile din încăpere fuseseră stinse, iar când doctorul le-a aprins, Judy a ţipat şi şi-a acoperit ochii.

— A, da, de când am ajuns aici o deranjează lumina. De aia am stins-o, i-a spus logodnicul fetei.

Mefarland a redus lumina, reticent. Judy nu avea febră. Avea gura uscată, iar pielea ei era destul de caldă, dar nu transpirată. Restul examinării nu a arătat nimic anormal. Mefarland a încercat să efectueze o examinare neurologică, dar pacienta era prea confuză pentru a coopera. EKG-ul nu a indicat nicio anomalie, în afara pulsului rapid.

Mefarland s-a gândit cu atenţie la prietena lui, acum pacientă. Pentru aproape oricine care prezenta o schimbare a stării mentale, substanţele interzise trebuiau să fie în capul listei de cauze posibile, oricât de improbabil ar fi părut în acest caz. În plus, lui Judy i se prescrisese un medicament – Elavil – care putea provoca multe dintre aceste simptome, atunci când era luat în doze mari. Judy avea antecedente de depresie, iar logodnicul ei fusese plecat frecvent din oraş în ultimele câteva luni. Avea oare tendinţe suicidale? Era posibil să fi luat o supradoză? Asta ar fi putut provoca pulsul rapid şi confuzia. Mefarland ştia că o doză mare de Elavil făcea ca, la început, tensiunea arterială să crească, dar pericolul real venea mai târziu, când putea să scadă brusc. Tensiunea ei era ridicată, periculos de ridicată. Poate se afla în primele etape ale acestei reacţii. Pe de altă parte, lui Mefarland îi venea greu să creadă că prietena lui fusese atât de deprimată. Când o văzuse ultima oară părea bine.

Poate că nu avea o depresie simplă – poate avea o tulburare bipolară, iar antidepresivul pe care îl luase o făcuse să treacă de la depresie la manie. Asta ar fi putut cauza vorbirea precipitată, dar era oare explicaţia pentru tensiunea arterială foarte mare? Iar el o cunoştea; nu şi-ar fi dat seama dacă ea ar fi fost tulburare bipolară?

Sau era posibil să aibă prea mulţi hormoni tiroidieni? Tiroida este versiunea corporală a carburatorului – se ocupă de reglarea ritmului în care funcţionează mecanismele corpului. Dacă acest hormon e în cantitate prea mică, funcţiile organismului încetinesc. Dacă e în cantitate prea mare, îşi accelerează ritmul. Asta poate provoca tahicardie, hipertensiune şi, uneori, vorbire precipitată şi confuzie.

Mefarland l-a chestionat pe logodnicul lui Judy. Dăduse ea vreodată semne de manie? Avea antecedente de insomnie, iar lipsa somnului era un semn atât pentru manie, cât şi pentru suprasolicitarea tiroidei – stătea trează toată noaptea? Nu, până în seara aceasta nu avusese probleme, insista logodnicul ei. Fusese deprimată, dar asta aproape

că dispăruse după ce începuse să ia Paxil – ceea ce se întâmplase cu luni de zile în urmă. Nu dormea mai prost ca de obicei.

David a făcut o pauză. Mai era ceva: după cină, şi el s-a simţit puţin ciudat. Nu la fel de rău ca Judy, dar inima începuse să-i bată tare şi îi fusese puţin greaţă – dar acum se simţea bine. În seara aceea mâncaseră nişte salată din grădina lor. Era oare posibil ca simptomele să aibă ceva de-a face cu asta? Auzind asta, rezidentul s-a gândit imediat la un pacient pe care îl consultase cu puţin timp în urmă şi care mâncase legume contaminate cu pesticide din grădina lui. Pacientul acela fusese la un pas de moarte. Dar prezentase complicaţii mult mai grave decât această tânără femeie. Mai mult, simptomele lui erau opusul celor ale ei; avea un puls lent, iar tensiunea arterială era aproape imposibil de stabilit. Intrase în comă la puţin timp după ce sosise la camera de urgenţă – trebuiseră să-l intubeze, deoarece plămânii lui se umpluseră cu apă. În ansamblu, un tablou clinic foarte diferit.

Încă nesigur, doctorul a cerut câteva analize de rutină ale sângelui, pentru a căuta prezenţa unei infecţii sau a unui dezechilibru chimic sangvin. A verificat glanda tiroidă. A cerut de asemenea o analiză a urinei, ca să caute indiciile consumului de substanţe interzise şi de Elavil, medicamentul care îi fusese prescris pentru somn.

În timp ce doctorul aştepta rezultatele analizelor pe care le ceruse, pacienta a devenit din ce în ce mai agitată. Se dădea încontinuu jos din pat şi se plimba prin haosul din mijlocul camerei de urgenţă. La un moment dat, şi-a pus mănuşi şi a luat fişa altui pacient, de parcă ar fi fost la muncă. De câteva ori, asistentele au trebuit s-o conducă înapoi la patul ei. Întinsă pe patul mobil, părea să vorbească cu oameni care nu erau acolo, arătând spre creaturi pe care nimeni altcineva nu le putea vedea, încercând să le alunge. Uneori era liniştită, murmurând cuvinte pe care logodnicul ei nu le putea înţelege.

Treptat, au început să vină rezultatele analizelor, dar nu au oferit indicii suplimentare. Hormonul tiroidian era în regulă. Analiza pentru droguri era complet negativă. Nu exista nici urmă de Elavil. Ce se întâmpla?

În zori, tensiunea arterială a pacientei ajunsese deja la valori normale, dar pulsul rămânea ridicat. Era mai puţin confuză. Dar încă era departe de normal. Era oare vorba de o boală ascunsă? Făcuse un examen IRM pentru depistarea unui eventual atac cerebral şi o tomografie a pieptului, în căutarea unor cheaguri mici de sânge. Ambele rezultate erau normale. După patru zile, pacienta şi-a revenit complet şi a fost externată, cu diagnosticul încă necunoscut.

Ajunsă acasă, Judy era tulburată de scurtul ei episod de nebunie. Întrebările fără răspuns erau frustrante.

În acea după-amiază, s-a dus în grădină să plivească, iar atenţia i-a fost atrasă imediat de un musafir nepoftit din stratul ei de salată. Printre frunzele verzi şi mov pe care ea şi logodnicul ei le plantaseră, erau câteva flori albe uimitor de frumoase care nu fuseseră acolo şi despre care era sigură că nu le semănase. Era oare posibil ca lujerii timpurii ai acestei plante să fi fost luaţi drept salată şi să fi ajuns în farfuria ei? Judy a smuls trei plante din rădăcină, le-a pus într-o pungă şi apoi s-a dus la o pepinieră din apropiere.

În timp ce scotea plantele din pungă, ca să le arate proprietarei, aceasta a exclamat:

— Nu atinge plantele acelea! Sunt foarte toxice.

E ciumăfaie.

Cunoscută şi ca „trompeta diavolului” sau „bucuria nebunului”, se ştie de secole că planta aceasta provoacă un fel de nebunie temporară la oameni şi animale, i-a explicat femeia. Simptomele produse de ingredientul activ din această plantă sunt atât de bine cunoscute, încât există o formulă mnemotehnică predată în Facultăţile de Medicină pentru a le identifica: nebun de legat, orb ca un liliac, uscat ca iasca, roşu ca sfecla, agitat ca un iepure.

S-a dovedit că pacienta avusese toate simptomele clasice: toxina plantei te face orb ca un liliac, pentru că îţi dilată pupila. (Această substanţă chimică este încă folosită de oftalmologi exact în acest scop.) Şi era foarte congestionată, conform logodnicului ei. Mefarland a ratat ambele simptome, deoarece redusese lumina, ca să atenueze disconfortul prietenei sale. S-a observat că gura şi pielea îi erau uscate şi bineînţeles că nebunia era evidentă, dar acestea nu erau suficiente pentru a pune un diagnostic. Atunci când ceilalţi doctori din spital au consultat-o, majoritatea acestor simptome caracteristice trecuseră.

L-am întrebat pe dr. Mefarland de ce crede că a ratat o manifestare atât de clasică a acestui sindrom binecunoscut. „M-am gândit la asta. Destul de mult, de fapt. Cred că, din cauza prieteniei mele cu pacienta, mi-a fost destul de greu să intru în rolul doctorului. Nu am reuşit deloc s-o văd ca pacientă.” Relaţia doctor-pacient necesită o anumită distanţă, pe care rezidentul nu a reuşit să o impună prietenei sale. „Atunci când tratezi pe cineva cunoscut, trebuie să te uiţi într-o parte, intelectual vorbind. Trebuie să-ţi vezi de treabă, deşi te simţi încurcat.”

Dar mai este ceva aici. Mefarland nu a insistat să aprindă lumina, pentru a-şi putea examina complet pacienta. Ar fi fost el atât de blazat dacă pacienta ar fi refuzat să-i permită să-i ia probe de sânge sau urină pentru analize, sau s-ar fi împotrivit ideii de a i se face tomografie? De ce nu a insistat să facă lumina mai puternică, pentru a putea efectua examinarea cum trebuie? Este oare posibil să fi crezut

că examinarea fizică nu oferă vreo informaţie utilă care să îi permită să pună diagnosticul? Bineînţeles că, în cele din urmă, o astfel de convingere devine o profeţie autoîmplinită. Dacă nu te aştepţi să vezi ceva, cât de atent eşti predispus să priveşti?

Iar din cauză că Mefarland nu a insistat să o consulte pe lumină, nu a observat că Judy e congestionată sau că ochii ei sunt ciudat de dilataţi în lumina strălucitoare din cameră. Alegând să o lase în întuneric, s-a lăsat şi pe el, fără să vrea, în întuneric. A ratat două indicii esenţiale care i-ar fi putut permite să rezolve misterul afecţiunii ei.

Ştiinţa simţurilor

Au trecut cincisprezece ani de când Salvatore Mangione a publicat studiile lui revoluţionare despre pierderea abilităţilor necesare în cazul examinării fizice. Studiile au declanşat o dezbatere activă şi pasionată, dar destul de puţină acţiune. În timp ce aceste abilităţi se pierd la generaţiile următoare de doctori, încă nu avem idee ce efect ar putea avea această schimbare asupra capacităţii noastre de a ne îngriji pacienţii. Poate tehnologia să înlocuiască aceste abilităţi? Sau pierderea lor va afecta capacitatea noastră de a pune diagnosticul la timp? Existând puţine studii, nu ştim asta mai bine acum decât în 1993. Dar informaţiile anecdotice sugerează că efectele sunt destul de vizibile.

Doctorii nu sunt vestiţi pentru îmbrăţişarea rapidă a noului. Medicina a rămas la fişele de hârtie mult după ce practic toate celelalte domenii şi profesiuni trecuseră la eficienţa electronică. Medicii sunt atât de reticenţi în faţa schimbării modului în care practică medicina încât e nevoie, în medie, de şaptesprezece ani pentru ca tehnici bine documentate de cercetări – cum ar fi a da o aspirină pacientului care are un atac de cord – să fie adoptate măcar de jumătate din doctorii practicanţi. Cu alte cuvinte, de regulă este nevoie de schimbarea unei întregi generaţii de doctori pentru ca o nouă practică să devină rutină, parte a „tradiţiei” medicale.

Pregătirea medicală însăşi nu s-a schimbat în mod eficient de la sfârşitul secolului al XIX-lea, când Sir William Osler a creat sistemul de rezidenţiat în spital, ca metodă de standardizare şi instituţionalizare a uceniciei medicale. Schimbările care le-au fost impuse doctorilor – de exemplu, săptămâna de lucru de optzeci de ore – au fost ridiculizate şi detestate de doctorii din întreaga ţară.

Şi totuşi, medicii şi chiar şi pacienţii au părut dispuşi, chiar nerăbdători să abandoneze examinarea fizică, instaurată cu greu de-a lungul ultimelor două secole, şi să permită degradarea rapidă a statutului ei. Fără îndoială, conservatorismul caracteristic medicinei a contribuit la această pierdere. Refuzul aproape patologic de a schimba modul în care noii doctori sunt pregătiţi în faţa unui mediu

aflat într-un proces de transformare rapidă a ajutat la apariţia uneia dintre cele mai radicale schimbări în modul în care este practicată medicina, din întreaga istorie a acesteia.

Totuşi, de-a lungul acestor ani s-a impus şi ideea că examinarea fizică poate aduce o contribuţie importantă la capacitatea noastră de a înţelege pacientul şi boala acestuia. Odată cu această acceptare a venit şi un set de întrebări altădată imposibil de formulat: care părţi ale examinării fizice sunt eficiente şi merită păstrate? Care părţi ar putea fi şi ar trebui eliminate? Şi, odată ce înţelegem mai bine care merită salvate, cum le putem încorpora în procesul de educare a noilor doctori?

În următoarele câteva capitole, voi cerceta fiecare dintre aceste câteva părţi ale examinării fizice, analizând modul în care ele contribuie la aflarea diagnosticului. Voi prezenta fiecare parte în ordinea în care suntem învăţaţi să le executăm: mai întâi observaţia, apoi palparea, apoi ascultarea. Fiecare metodă de evaluare a pacientului direct, prin intermediul simţurilor noastre, oferă informaţii imediate şi esenţiale. Fiecare are limitările ei.

Odată ce examinarea este făcută în părţile ei componente, putem oare să le identificăm pe cele importante şi utile care ar trebui păstrate şi pe cele care se dovedesc a fi, până la urmă, mai puţin eficiente? Dacă este posibil, dacă putem separa părţile utile de cele inutile, vom rămâne cu o examinare fizică simplificată, dar mai eficientă. Dacă nu, iar examinarea fizică se pierde, vom rămâne cu un sistem de sănătate mai lent, mai puţin eficient şi mai scump – un sistem de înaltă tehnologie, dar de contact redus, care îi dezamăgeşte atât pe pacienţi, cât şi pe doctorii care îi îngrijesc.

Capitolul 5

Crezi ceea ce vezi

Dr. Stanley Wainapel se îndreaptă atent spre uşă pentru a-şi întâmpina primul pacient din ziua aceasta. Este o dimineaţă de iulie groaznic de umedă şi, chiar şi aici, în colţurile ascunse ale Montefiore Medical Center din Bronx, o umezeală grea copleşeşte aerul condiţionat. Wainapel este un bărbat înalt, de şaizeci şi ceva de ani. O claie impresionantă de păr alb încadrează o faţă rotundă şi atrăgătoare, brăzdată de riduri care se adâncesc atunci când zâmbeşte. Ochii săi căprui-deschis sunt măriţi de ochelarii cu rame negre de metal pe care şi-i potriveşte des.

Wainapel conduce Departamentul de Medicină Recuperatorie de la Montefiore. Se prezintă Annei Delano, femeia îndesată, de vârstă mijlocie, care a venit la consultaţie pentru durerea de la genunchi. În timp ce ea se îndreaptă spre scaunul din faţa biroului său şi se aşază precaut pe el, Wainapel o laudă pentru curajul de a înfrunta umiditatea şi îşi cere scuze pentru ineficienţa aerului condiţionat.

Anna ridică privirea spre Wainapel, care stă încă în cadrul uşii.

— Cu mine vorbiţi? întreabă ea, exprimându-şi nedumerirea cu un accent nazal de New York. Pentru că, ştiţi, nu priviţi spre mine.

Wainapel întoarce brusc capul spre locul din care vine acum vocea. Zâmbeşte, stânjenit, dând la iveală o gropiţă adâncă în obraz.

— Îmi pare rău, îi spune el, am o problemă de vedere.

Iată care este natura problemei de vedere a lui Stanley Wainapel: este orb. Wainapel s-a născut cu o formă de retinită pigmentară, o afecţiune genetică rară care l-a lăsat, încă de la începutul vieţii lui, cu nictalopie severă şi câmp vizual îngustat. De-a lungul anilor, ferestrele înguste prin care putea vedea au devenit tot mai mici, până când, în cele din urmă, s-au închis complet, lăsându-l în imposibilitatea de a percepe vreo culoare sau formă, ci doar foarte puţină lumină. Cu ochiul lui drept, cel „bun”, poate uneori să detecteze mişcarea. Cu cel stâng – nimic.

Datorită evoluţiei lente o bolii sale, Wainapel a putut vedea suficient de bine ca să parcurgă colegiul, Facultatea de Medicină şi un rezidenţiat de patru ani în recuperare medicală, iar apoi să înceapă o carieră academică extrem de productivă. Wainapel spune că este convins că problema lui vizuală nu l-a împiedicat să fie un doctor bun. Cariera lui de succes, culminând cu rolul actual de director al Departamentului de Medicină Recuperatorie şi programul lui aglomerat arată că are dreptate. Întrebarea mea este: cum se poate aşa ceva?

Vederea a fost îndelung considerată a fi cel mai valoros dintre cele cinci simţuri ale noastre. Din punct de vedere biologic este, fără îndoială, superior. Mai mult de 50% din creierul uman este dedicat

vederii. Poate că Descartes cunoştea lumea prin gândire, dar noi, ceilalţi, credem ceea ce vedem. Avem încredere în ceea ce ne spun ochii noştri. Când Chico Marx, pretinzând că este Rufus T. Firefly (Groucho Marx), în filmul *Supă de raţă* din 1933, este prins asupra faptului cu altă femeie, el neagă infidelitatea evidentă şi întreabă indignat: „Pe cine o să crezi? Pe mine sau ochii tăi?” Este amuzant din cauză că, pentru cei mai mulţi dintre noi, nu este deloc o dilemă.

La fel e şi în medicină. William Osler sublinia importanţa observaţiei în medicină: „Ne scapă mai multe nevăzând decât neştiind”, le spunea el studenţilor săi. Până şi limbajul îngrijirii pacienţilor subliniază rolul central al vederii. Ne „consultăm”[3] pacienţii în cabinet; îi „observăm” peste noapte în spital. Le spunem pacienţilor după ce „să se uite”. „Veghem asupra” îngrijirii lor.

Cu mult înainte ca un doctor să înceapă manevrele precise care constituie ceea ce se consideră în mod normal a fi examinarea fizică, el va începe să adune informaţii despre pacient imediat ce acesta îi apare în faţa ochilor. Este tânăr sau bătrân? Arată sănătos sau bolnav? Cum merge? Are dureri?

Odată ce începe examinarea fizică efectivă, mare parte a ei se bazează pe ceea ce doctorii văd – aceştia se uită la piele şi la ochi, se uită atent în urechi şi în gură. Cercetează culoarea limbii, a unghiilor, a scaunului. Multe dintre instrumentele folosite pentru efectuarea examinării permit o mai bună observare a urechilor, a nasului, a gurii; echipamentul folosit pentru a măsura tensiunea arterială, temperatura, saturaţia oxigenului şi glicemia oferă aceste date vizual. Analizele prin care se caută informaţii suplimentare despre pacient convertesc adesea datele într-o formă vizuală: imagistica de diagnosticare este cea mai evidentă, dar şi EKG-ul este o reprezentare vizuală a activităţii electrice a inimii, iar o electroencefalogramă (EEG) înfăţişează circuitele funcţionale ale creierului. Desigur, aceste analize sunt adesea interpretate de specialişti – doctorii nu le citesc întotdeauna ei înşişi. Totuşi, dată fiind importanţa vederii în medicină, e greu de imaginat punerea unui diagnostic în lipsa ei. Cum poate un doctor să „se uite”[4] la un pacient, dacă nu poate vedea pacientul?

Nimeni nu pare să ştie câţi doctori orbi practică în Statele Unite. O căutare pe Google („doctor orb”) oferă o mulţime de nume. Citind despre cei pe care i-am găsit, am aflat că majoritatea lucrează în specialităţi precum psihiatria, unde contactul obişnuit cu pacientul constă în primul rând din ascultare şi vorbire. Câţiva, precum Wainapel, au intrat în recuperarea medicală. Voiam să îl cunosc pe Stanley Wainapel pentru a înţelege valoarea vederii în practicarea medicinei şi în punerea diagnosticului. Cine ar putea să cunoască mai

[3] în engleză „to see” – a vedea

[4] Din nou este folosit verbul „to see”, cu sensul dublu de „a consulta” şi „a vedea”.

bine importanţa acestui simţ decât cineva care odată a avut capacitatea de a vedea, iar acum trebuie să lucreze fără ea?

În faţa nedumeririi pacientei sale din acea dimineaţă, Wainapel a deturnat abil, cu ajutorul umorului, întrebarea ei.

— Nu mă uit la dumneavoastră pentru că sunteţi atât de frumoasă, încât trebuie să întorc privirea.

Au râs amândoi şi, odată depăşit momentul de stinghereală, Wainapel s-a întors încrezător la biroul său şi a început să-i pună pacientei întrebări despre durerea de la genunchi.

Începuse cu aproape un an în urmă, i-a spus ea, şi se înrăutăţise constant. Fusese la doctorul ei, care o trimisese la doi chirurgi. În mod previzibil, amândoi îi recomandaseră să se opereze. Venise la Wainapel deoarece această opţiune nu era deloc atrăgătoare.

— Am slăbit cincisprezece kilograme şi asta a ajutat, dar nu suficient. Mi-e greu până şi să merg. Acum trebuie să folosesc un baston.

De asemenea, de câteva săptămâni, se plânge de dureri de încheieturi. În timp ce ea îşi spune povestea, Wainapel stă uşor aplecat în faţă, cu capul înclinat şi ochii fixaţi pe faţa pacientei – un tablou al atenţiei concentrate. Îi pune câteva întrebări şi mâzgăleşte câteva notiţe pe un carneţel. De unde stau eu, nu pot să văd ce scrie, dar observ că se foloseşte de degetul mare de la mâna stângă pentru a păstra rândul pe pagină, în timp ce-şi notează detaliile oferite de pacientă.

După ce trece în revistă antecedentele şi medicaţia ei, Wainapel îi spune să se aşeze pe masa de examinare care ocupă cealaltă jumătate a camerei. Privesc cum palpează şi manevrează îndemânatic umerii, coatele, încheieturile şi mâinile ei, pentru a identifica sursa durerilor.

— Acolo mă doare tare, spune femeia în timp ce el o ţine de mână.

— Aici? Bine. Hmmm.

Cu ochii închişi, Wainapel îi palpează uşor antebraţul, pentru a identifica originea durerii.

— E între *ulnar stylus* (proeminenţa osoasă de pe partea cu degetul mic a încheieturii noastre) şi *pisiform* (osul cel mai ieşit în afară al articulaţiei). Hmmm. Nicio amorţeală? Nicio slăbiciune?

De două ori nu.

— Pare a fi o luxaţie a ligamentului colateral al ulnei Niciun traumatism?

— Nu.

Wainapel trece la genunchii ei. Le evaluează gradul de mobilitate – suspinele ei dezvăluie cât de tare o dor genunchii, până şi la mişcări obişnuite. Wainapel îi palpează gleznele şi labele picioarelor; caută umflături şi semne de instabilitate a articulaţiei. Îi cere să se întindă

pe spate, astfel încât să poată verifica articulaţia şoldului. Uneori, durerea resimţită în genunchi provine de fapt din şold. Dar nu în cazul acesta. Gradul de mobilitate a şoldurilor este maxim şi pacientul nu simte la această manevră durere.

Se întorc la locurile lor şi Wainapel îi împărtăşeşte concluziile lui. Durerea de la articulaţia mâinii provine probabil de la o luxaţie – poate pentru că se împinge cu mâna când se ridică în picioare de pe scaun. Totuşi, este esenţial să se asigure că nu e o fractură. Unul din oasele mici de la articulaţie se poate rupe, iar durerea poate să fie singurul indiciu – aşa că va trebui să facă radiografie, în ceea ce priveşte genunchii – are nevoie de rezultatul radiografiei de la chirurgul ortoped. Până atunci recomandă fizioterapie, Naprosyn (un medicament antiinflamator, precum Ibuprofenul) şi o combinaţie de probă de glucozamin şi condroitin, un medicament pentru durerile de articulaţie vândut fără reţetă în magazinele specializate în comercializarea de alimente sănătoase. Trece în revistă datele despre acest al doilea medicament: „Studiile au arătat că această combinaţie de glucozamin şi condroitin nu repară articulaţiile, dar poate să aducă o oarecare ameliorare grupului de pacienţi cu cele mai severe dureri de genunchi. Dacă vă poate ajuta să vă mişcaţi, de ce să nu încercaţi?”

În timp ce Wainapel vorbeşte, privesc prin cabinetul său. Nu am fost surprinsă că Anna nu şi-a dat seama imediat că doctorul ei este orb. Nu există nimic, la el sau în cabinetul lui, care să sugereze că are vreo dizabilitate. În plus faţă de obişnuitele diplome înrămate, cabinetul lui este plin cu tablouri în ulei, fotografii şi afişe pline de culoare. Un întreg perete este acoperit de rafturi cu cărţi şi dicţionare de medicină. Wainapel poartă ochelari – nu ochelari negri, ci obişnuiţi. Iar ochii lui par să se focalizeze pe faţa ta atunci când vorbeşte – atâta timp cât nu te mişti. Singurul indiciu al deficienţei lui de vedere sunt cele două bastoane albe sprijinite discret de bibliotecă.

Înainte ca pacienta să plece, Wainapel dictează o scrisoare către doctorul ei. Redă cu uşurinţă un rezumat a tot ceea ce i-a spus pacienta. „Astfel ei îşi pot da seama că nu am niciun secret şi că îmi amintesc totul. Că ochii mei sunt cei afectaţi – nu creierul. Şi, bineînţeles, dacă fac o greşeală, pacientul are ocazia de a mă corecta.” Privesc pe furiş notiţele pe care şi le-a luat în timp ce vorbea cu pacienta. Sunt ilizibile – nu cum se spune despre scrisul doctorilor că ar fi, cu bucle şi linii care necesită o descifrare atentă. În ciuda străduinţelor sale, notiţele sale se compun dintr-o duzină de rânduri de text mare şi buclat care se suprapun unul peste celălalt – condensate pe un singur rând de mâzgăleală densă şi indescifrabilă. Sunt surprinsă. E uşor să uiţi că nu poate vedea. Din fericire, nu depinde de aceste notiţe de mână dezastruoase. În mod obişnuit, îşi

dictează notiţele din timpul consultaţiei, iar ele sunt tipărite şi introduse în fişa medicală. Dacă, din cine ştie ce motiv, aparatul de înregistrat nu funcţionează şi raportul lui se pierde, îmi spune Wainapel cu seriozitate, secretara lui poate folosi acele notiţe pentru a-l reface. Nu fac niciun comentariu când aud asta. Wainapel nu poate vedea ce dezastru au ajuns notiţele lui şi nu mi se pare necesar să-i atrag atenţia asupra acestui fapt.

Pentru că vizita se apropie de sfârşit, Wainapel îşi cheamă secretara, care scrie reţetele şi trimiterea la fizioterapeut. Plasează mâna lui Wainapel în aşa fel încât el să poată semna hârtiile în locul cuvenit, apoi o conduce pe pacientă la biroul ei, pentru a-i face o programare la control. Una peste alta, o întâlnire perfect obişnuită.

După ce pacienta a plecat, îl întreb pe Wainapel de ce nu i-a spus că e orb înainte ca ea să vină – dacă nu pentru altceva, măcar ca să prevină acel moment stânjenitor. El pare surprins de întrebare.

— De ce să-i spun? mă întreabă. Dacă ar fi important pentru munca mea ca doctor, i-aş spune, dar nu este.

Apoi adaugă, cu un zâmbet glumeţ:

— Dacă găsesc pacientul, există şanse foarte mari să îi pot fi de ajutor. La mine localizarea pacientului e partea cea mai grea a meseriei. Observaţia este, fără îndoială, componenta cea mai importantă a examinării fizice, dar există şi alte modalităţi de a observa decât cu ajutorul ochilor.

Wainapel îmi atrage atenţia că este un bun ascultător. Se mândreşte cu capacitatea lui de a obţine o anamneză completă, de a permite pacientului să-i spună ce are, şi se consideră expert în examinarea fizică a sistemului muscular şi osos.

— Ştiam că o să orbesc, aşa că am ales în funcţie de asta, adaugă el. Iar din cauza acestor alegeri – specialitatea mea, printre altele – cred că pot fi un doctor excelent care se întâmplă să fie orb. Nu ştiu dacă aş putea spune asta în cazul în care aş avea o altă specialitate.

— De ce e mai bună această specialitate?

— Din multe motive. Iată-l pe cel evident: pacienţii care vin să-i consult au probleme cu părţi ale corpului pe care le pot examina direct. Aş fi un chirurg sau oftalmolog groaznic – aceştia au nevoie să vadă pentru a-şi putea face treaba. Eu mi-o pot face pe a mea cu mâinile, urechile şi, cel mai important, cu creierul.

Comparând modul lui de a practica medicina cu al meu, înţeleg cum îi permite specialitatea să exceleze, în ciuda limitărilor lui. Pacienţii care vin la el să-i consulte au dureri, dar cauzele sunt cronice, nu acute. Este puţin probabil ca braţul sau piciorul de care se plâng să fie rupt, infectat sau sângerând. Wainapel nu e tipul de doctor potrivit pentru asta. Iar datorită naturii cronice a problemelor

lor, are timp să diagnosticheze cu acurateţe şi să trateze majoritatea pacienţilor care vin la el la consultaţie.

Şi totuşi, chiar şi în această specialitate, există cazuri în care pierderea vederii face dificilă punerea diagnosticului. Wainapel îmi povesteşte despre o femeie în vârstă, care venise la el pentru recuperare, după o operaţie la şold. Spunea că, înainte de operaţie, fusese activă şi sănătoasă – o deranjase doar durerea de la şold. După operaţie rămăsese slăbită şi nesigură pe picioarele ei, în ciuda săptămânilor de recuperare. Încă avea nevoie de cadru ca să nu cadă şi îşi făcea cu greu exerciţiile de recuperare. Wainapel nu ştia ce să creadă. A examinat-o în mod repetat. Rana chirurgicală se vindecase bine. Articulaţia avea mobilitate bună. Starea generală şi reflexele ei păreau normale, şi totuşi nu putea să meargă singură.

O asistentă socială a oferit indiciul care l-a ajutat să pună diagnosticul. Aceasta a fost şocată de expresia fixă şi tristă de pe faţa femeii. Era oare posibil să aibă Parkinson? l-a întrebat ea pe Wainapel. Era o sugestie bună – şi ceva ce el n-ar fi putut vedea. „M-am apropiat de pacientă şi, într-adevăr, avea semnul roţilor dinţate şi aşa mai departe.” Semnul roţii dinţate este o mişcare smucită a articulaţiei, atunci când aceasta este mişcată pasiv – un simptom principal al bolii Parkinson. Aceasta încetineşte mişcările voluntare şi provoacă instabilitate. Nu era de mirare că pacienta nu se vindeca. De îndată ce proaspăt diagnosticata ei boală a fost tratată, starea ei s-a ameliorat rapid.

Desigur, din punctul de vedere al lui Wainapel şi al pacientei, acest caz nu a fost un eşec, ci un succes. A fost în măsură să o ajute pe această femeie să revină, în cele din urmă, la starea ei anterioară, să fie energică şi activă.

Şi totuşi, cazul arată că, până şi în rândul numărului mic al pacienţilor consultaţi în această specialitate clinică, există unii pentru care vederea joacă un rol important şi de neînlocuit, în cele din urmă, a fost un succes deoarece, pentru categoria de pacienţi pe care îi îngrijeşte Wainapel, există timp pentru a soluţiona lucrurile. În alte specialităţi nu e întotdeauna aşa.

Aspectul bolii

În medicină, vederea devine esenţială atunci când e nevoie de evaluare şi acţiune rapide. De exemplu, nu ne putem imagina un doctor de urgenţe orb. În cazul unei urgenţe, trebuie să poţi aduna informaţii despre pacient rapid şi eficient. Nu ştii niciodată ce îţi poate intra pe uşă, astfel că trebuie să fii pregătit pentru orice. La fel şi în medicină. În facultate şi în perioada rezidenţiatului, mi s-a spus în mod repetat că trebuie să învăţ ce înseamnă aspect „bolnav”, pentru că asta îmi va oferi cel mai important indiciu referitor la cât de bolnav este pacientul în realitate.

Aceasta nu este o idee nouă. Unele dintre cele mai vechi studii de care dispunem sunt dedicate descrierii acestui aspect. Hipocrate îşi începe lucrarea lui despre prognostic cu acest indiciu: „Cel mai bine este dacă pacientul şi-a păstrat aspectul său normal; la fel, cu cât acest aspect este mai anormal, cu atât e mai rău”. Apoi continuă prin descrierea feţei cuiva care e pe cale să moară: nasul este ascuţit, ne spune el, ochii înfundaţi, tâmplele supte, pielea întinsă şi uscată, de culoare vineţie. Hipocrate vorbeşte despre dificultatea de a îngriji un pacient prea bolnav pentru a supravieţui cu acelaşi pragmatism ce caracterizează jurământul care îi poartă şi azi numele: „Înţelegând şi anunţând dinainte care pacienţi urmează să moară, [doctorul] se absolvă de orice vină.” Această maximă înţeleaptă a fost transmisă de-a lungul secolelor de medicină, în toate formele ei variate.

La momentul la care majoritatea doctorilor îşi termină pregătirea, au cel puţin o poveste despre pacienţii care i-au învăţat ce înseamnă acela aspect bolnav. Pacienta care m-a învăţat pe mine despre aspectul celor grav bolnavi a fost Jennifer Henderson. Şi îngrijind-o pe ea, am descoperit limitările neaşteptate ale acestei evaluări. Am învăţat că a-l recunoaşte pe cel bolnav e doar primul pas.

Am întâlnit-o în prima mea noapte de gardă din primul meu an de pregătire. Încă îmi amintesc entuziasmul şi groaza pe care mi le provoca acel eveniment îndelung aşteptat. Clark Atkins era rezidentul însărcinat cu supravegherea pregătirii mele în acea primă lună. El însuşi fusese intern până cu doar trei zile în urmă, când începuse acest an nou, şi avansase de la intern la rezident. Acum era rândul lui Clark să transmită ceea ce învăţase. Ne-am grăbit să vedem o nouă pacientă – Jennifer – care fusese deja mutată de la urgenţe într-un salon privat de la etajul patru.

Una dintre cele mai importante decizii care trebuie luate în legătură cu un pacient, m-a instruit Clark în timp ce urcam scările spre etajul pacientei, este de cât de multă supraveghere şi monitorizare are nevoie. Doctorii de la urgenţe sunt de regulă buni în a face această evaluare, dar, din cauză că e atât de important, este esenţial să vezi pacientul tu însuţi, pentru a te asigura că eşti de acord cu decizia lor. M-am oprit ca să-mi notez asta într-un mic carneţel pe care îl ţineam pentru consemnarea secretelor legate de îngrijirea pacienţilor, apoi m-am grăbit să-l ajung din urmă.

Jennifer stătea în capul oaselor pe pat, aplecată în faţă, cu braţele înfipte de fiecare parte a genunchilor. Deasupra nasului şi gurii ei se arcuia o mască de oxigen aburită de respiraţie, ca o versiune modernă a unui văl de fată din harem. A ridicat o privire inexpresivă atunci când am intrat în cameră, distrasă de efortul pe care îl necesita respiratul. În fişa subţire de la urgenţe se spunea că avea treizeci şi unu de ani, dar mie mi se părea mult mai bătrână.

Era o femeie mică – slabă, cu trăsături faciale delicate, înăsprite de ceea ce probabil că fusese o viaţă foarte grea. Aspectul părului ei ondulat şi oxigenat era stricat de o şuviţă neagră, groasă, din lateral. Ochii ei aveau o culoare albastru-deschis care odată e posibil să fi fost extraordinar de frumoasă, dar acum erau decoloraţi şi lipsiţi de viaţă. Avea pielea bronzată şi înăsprită de soare, iar când a vorbit, un gol neaşteptat în şirul ei de dinţi pătaţi de tutun a arătat faptul că pierduse doi dintre ei. Avea braţe subţiri şi clavicule ieşite în afară, iar pielea de pe faţă îi atârna. Muşchii de pe gâtul ei erau proeminenţi şi se contractau de fiecare dată când respira, în timp ce se chinuia să inhaleze suficient aer, în ciuda oxigenului oferit de mască.

Clark mi-a făcut un semn încurajator cu capul, iar eu m-am apropiat de pat şi m-am prezentat. I-am explicat că noi aveam să o îngrijim cât stătea în spital şi am întrebat-o de ce venise. O dureau toate, mi-a spus ea. Era dependentă de heroină. Se simţise bine. Până săptămâna trecută. Apoi a început s-o doară capul. Rostea propoziţiile ca pe nişte explozii scurte, câteva cuvinte deodată, punctate de pauze în care trăgea adânc aer în piept. Transpira noaptea. Şi avea febră. Iar acum simţea că nu mai poate respira. Tot timpul. Şi o durea. Când trebuia să respire.

Dintr-odată s-a uitat în sus, cu o privire plină de suferinţă, iar corpul i-a fost zguduit de un acces paroxistic de tuse. A luat un şerveţel şi l-a pus la gură, sub mască. Se sufoca, în timp ce spasmul îi zguduia partea de sus a corpului. Pe faţă îi curgeau lacrimi. În cele din urmă, s-a liniştit. Şi-a şters gura cu şerveţelul, iar apoi mi-a arătat sputa cu sânge negru. Cred că mor, icnea, ştergându-şi faţa cu marginea şerveţelului. Am încercat s-o asigur că totul va fi în regulă, dar îmi făceam griji că ar putea avea dreptate.

La examinare, nu avea febră, dar pulsul era foarte accelerat şi respira mai repede decât era normal. Şi, cu toate că avea o mască de oxigen care îi dădea 50% oxigen (aerul normal conţine 20% oxigen), tot nu primea suficient. Saturaţia oxigenului din sângele ei era de 90% (normal e de 100%). Avea gâtul ţeapăn. Nu îşi putea coborî bărbia în piept, un semn care sugera meningita, o infecţie a membranelor care învelesc creierul. Când i-am ascultat pieptul, am auzit sunete răguşite şi pârâituri – ca zgomotul făcut de o foaie nouă de hârtie care e mototolită încet.

Rezultatele analizei de sânge trimise de doctorii de la urgenţe arătau un nivel crescut al leucocitelor.

Radiografia toracică era presărată cu mase ceţoase puţin mai mici decât o minge de golf.

La recepţie, Clark şi cu mine am trecut în revistă datele şi am încercat să compunem povestea. Era evident că Jennifer avea mai multe organe infectate: probabil avea pneumonie, meningita părea şi

ea probabilă. Clark mi-a amintit că, fiind consumatoare de droguri pe care şi le administra intravenos, era foarte expusă riscului de a-şi injecta accidental bacterii de pe pielea ei direct în fluxul sangvin. De acolo, aceste creaturi agresive pot ajunge oriunde şi pot infecta aproape orice parte a corpului. Părea probabil ca bacteriile acestea să-i fi infectat plămânii şi, poate, şi inima şi creierul. Doctorii de la urgenţe începuseră deja să-i dea mai multe antibiotice de spectru larg. Trebuia să facem o tomografie craniană, o puncţie lombară prin care să vedem dacă are o infecţie la creier şi o ecocardiogramă a inimii să vedem dacă există vreo infecţie acolo.

În timp ce eu scriam recomandările, pagerul lui Clark a sunat. Erau cei de la urgenţe. Un alt pacient ne aştepta jos. Clark a privit spre camera unde se afla pacienta, evident nehotărât dacă terminaserăm cu examinarea ei sau nu. Când pagerul i-a sunat din nou s-a ridicat, a trecut în revistă ce altceva mai trebuia făcut şi m-a lăsat pe mine să termin, iar el a alergat jos, la urgenţe.

După ce am citit foaia de observaţie, am pus-o în fişa medicală şi am intrat să mă mai uit o dată la pacientă. Acum stătea întinsă pe spate în pat, dar arăta, cel mult, mai rău decât înainte. Părul îi era ud leoarcă de sudoare, iar pieptul i se ridica agitat la fiecare respiraţie. Trebuia să mă duc la urgenţe, dar nu mă puteam hotărî s-o las singură. Oare chiar arăta mai rău sau era doar anxietatea unui proaspăt intern? Nu îmi dădeam seama, dar ce ştiam era că îmi era teamă să părăsesc camera, îmi era teamă că era într-adevăr pe moarte.

Medicul de la terapie respiratorie a venit şi i-a făcut pacientei un tratament cu Albuterol – un medicament care reduce gâfâitul. Disperată din cauza nesiguranţei, am ieşit din cameră împreună cu el şi l-am întrebat cum i se pare că arată. „Se poate şi mai rău”, mi-a spus el, după care i-a sunat pagerul şi a plecat grăbit.

Am rămas îngheţată în cadrul uşii. Nu voiam să plec, pentru că arăta atât de bolnavă şi nu ştiam ce să fac. De ce eram mai îngrijorată decât rezidentul şi medicul de la terapie respiratorie? Cu siguranţă, ei văzuseră oameni mai bolnavi decât mine. Şi totuşi, nu-mi puteam alunga îngrijorarea. Am scos cartela pe care scrisesem numărul de pager al lui Clark. Trebuia să vorbesc cu el, ca să ştiu ce să fac. Înainte să apuc să formez numărul, David Roer, medicul curant, s-a apropiat. Avea puţin peste patruzeci de ani, păr brunet şi o faţă deschisă şi plăcută. M-a salutat cu buna lui dispoziţie obişnuită şi m-a întrebat despre pacientă. I-am explicat pe scurt despre ce era vorba, i-am spus despre îngrijorarea mea şi apoi am intrat în urma lui în cameră. David a vorbit puţin cu Jennifer, apoi i-a făcut o examinare fizică rapidă. L-am urmat până la recepţie, nerăbdătoare să aud evaluarea lui.

— Această pacientă este pe punctul de a face stop respirator, a spus el cu o voce amabilă, fără urmă de reproş. Are nevoie neapărat să ajungă la terapie intensivă. Probabil că va trebui intubată.

Auzind aceste cuvinte, am fost copleşită de ruşine. Şi uşurare.

Bineînţeles că de asta avea nevoie. De ce nu mă gândisem la asta? Obrajii îmi ardeau, în timp ce m-am îngropat în procedurile legate de transferarea pacientei la terapie intensivă. Odată ce pacienta a fost mutată în noua ei casă, am alergat jos, la camera de urgenţă, să îl văd pe următorul internat. Restul acelei gărzi a fost un vârtej de noi internări, primirea analizelor, externarea pacienţilor care fuseseră îngrijiţi de alţi membri ai personalului şi care urmau să plece acasă.

Când îmi terminasem toate îndatoririle de pe lista mea şi mi-am târât picioarele până la camera de gardă de la etajul şase, începea să se crape de ziuă. Eram obosită, dar nu puteam dormi. Am parcurs din nou fiecare pas din ceea ce se petrecuse cu Jennifer, încercând să-mi dau seama unde putusem să greşesc atât de tare cu planurile pe care le pregătisem cu atâta grijă pentru ea – planuri care nu luau în calcul cea mai presantă şi periculoasă problemă a ei, respiraţia. Era chiar sub nasul meu. Iar când starea ei s-a agravat atât de repede – cum cred că trebuie să se fi întâmplat – văzusem că este bolnavă, periculos de bolnavă, în acel mod anume despre care auzisem atâtea. Adevărata surpriză pentru mine a fost că, deşi îmi dădusem seama că e bolnavă, asta nu mă ajutase să ştiu ce să fac. Nu cred că am înţeles acest lucru atunci, dar ceea ce am învăţat în cursul acelei luni – şi am reînvăţat de multe ori de-a lungul perioadei de practică – este că, indiferent cât de importantă ar fi latura asta, a recunoaşte aspectul de „bolnav” este doar primul pas.

De fapt, mai multe studii au demonstrat că recunoaşterea a ceea ce înseamnă „bolnav”, deşi mult lăudată de rezidenţi şi de mulţi doctori cu experienţă, nu s-a dovedit a fi eficientă sau precisă în ghidarea deciziei medicale, într-un studiu efectuat la Yale, John Mellors, pe atunci rezident la boli infecţioase, a urmărit 135 de pacienţi care veniseră la urgenţe cu febră şi fără niciun semn evident de infecţie. Decizia care trebuia luată la acel moment era dacă aceşti pacienţi au un virus – caz în care puteau fi trimişi acasă în siguranţă, pentru odihnă şi îngrijire – sau dacă exista posibilitatea să aibă o infecţie bacteriană care le-ar impune să ia antibiotice. Tuturor pacienţilor din cadrul studiului li s-au luat probe de sânge şi li s-a măsurat nivelul hemoglobinei, şi, de asemenea, li s-a făcut o radiografie toracică şi un examen de urină. Decizia de a interna sau externa pacientul, cu sau fără antibiotice, a fost luată în urma trecerii în revistă a tuturor rezultatelor, cu excepţia analizelor probelor de sânge.

Pacienţii înscrişi în studiu au fost urmăriţi pe tot parcursul bolii. Apoi cercetătorii au comparat cât de bolnavi erau ei în realitate cu cât de bolnavi crezuseră doctorii că sunt, atunci când fuseseră consultaţi iniţial la camera de urgenţă. Doctorii se înşelaseră mult mai des decât avuseseră dreptate. Mulţi pacienţi despre care se considerase că arătau foarte bolnavi, fiind internaţi, fuseseră externaţi la puţin timp după aceea, fără să li se fi făcut nicio intervenţie medicală. Iar în cazul a patru pacienţi, consideraţi a nu fi „toxici" şi trimişi acasă fără antibiotice, s-a descoperit în cele din urmă că aveau infecţii bacteriene semnificative şi au fost chemaţi înapoi la camera de urgenţă să li se dea antibiotice. Unul dintre pacienţi a murit la puţin timp după externare, înainte ca doctorii să aibă măcar şansa de a-l chema înapoi.

Alte studii au arătat de asemenea că instinctele noastre, reacţiile noastre intuitive în faţa unui pacient care arată „bolnav" sunt adesea greşite. S-a dovedit că recunoaşterea faptului că un pacient pare bolnav este importantă, dar nu suficientă. După cum a arătat studiul lui Mellors, pacienţii pot părea extrem de bolnavi, dar fără să aibă o boală periculoasă. Alţi pacienţi, iar acest lucru este valabil mai ales pentru bătrâni, pot arăta remarcabil de bine – cel puţin o vreme – în ciuda unei infecţii care le pune în pericol viaţa. Cât de bolnav arată un pacient este doar un indiciu, o informaţie dintr-un ansamblu. De una singură nu are, practic, nicio semnificaţie.

Deci ce ne poate ajuta să prevedem boala? Măsurătorile concrete. Funcţiile vitale anormale sunt cheia – tensiunea arterială care este prea mică sau prea mare, pulsul sau ritmul respiraţiei prea rapid sau prea lent. Culoarea anormală a pielii sau starea mentală anormală. Suntem foarte buni observatori ai anormalităţii. Totuşi, adesea reacţionăm imediat şi visceral la o anumită stare a pacientului chiar înainte de a fi identificat anomalia care constituie cauza îngrijorării. Teama pe care am simţit-o în camera lui Jennifer era o astfel de reacţie. Am recunoscut boala, dar nu am efectuat pasul următor, esenţial, şi anume să identific ce anume provoacă teama, astfel că nu am ştiut ce să tratez.

Când medicul curant a văzut-o prima oară pe Jennifer, şi-a dat seama imediat că era grav bolnavă. Apoi a observat ritmul anormal al respiraţiei, efortul pe care îl făcea ca să respire. Se folosea de muşchii gâtului şi ai umerilor pentru a efectua un act care în mod normal e simplu şi nu necesită efort. Mai mult, în ciudat strădaniilor ei, tot nu primea suficient oxigen în fluxul ei sangvin. Acestea sunt semnale de rău augur. Ca studentă la Medicină, citisem că pacienţii care se chinuie atât de mult să respire se pot epuiza şi pot muri. Ştiam asta, şi totuşi lucrul acesta nu m-a ajutat. Am văzut – probabil că aşa mi-am

dat seama că e bolnavă – dar nu am recunoscut ce am văzut, şi astfel nu am putut să înţeleg ce să fac.

Am urmărit tratamentul lui Jennifer din săptămâna următoare. Conform previziunilor, nu era capabilă să facă efortul necesar pentru a respira şi a doua zi dimineaţă a fost intubată. În proba ei de sânge a apărut *Staphylococus aureus,* o bacterie agresivă şi distrugătoare care trăieşte pe piele. Este o infecţie teribil de frecventă în rândul consumatorilor de droguri administrate intravenos, în ciuda antibioticelor puternice, starea ei a continuat să se deterioreze. Tensiunea arterială a scăzut, astfel încât avea nevoie de medicaţie care să-i menţină eficienţa circulaţiei sangvine. Apoi rinichii ei au încetat să funcţioneze. Sângele nu se mai coagula. După şapte zile de terapie intensivă, inima şi plămânii lui Jennifer au încetat să funcţioneze, iar ea a murit.

Faptul că Jennifer a fost trimisă cu întârziere la terapie intensivă nu cred că a avut un impact major asupra prognosticului ei. Am făcut greşeli majore în timpul perioadei de practică – cu toţii facem – greşeli care grăbesc sau chiar provoacă moartea celor care se află la graniţa dintre viaţă şi moarte. Dar nu o număr pe Jennifer printre greşelile mele. A avut o infecţie gravă şi resurse foarte puţine. Cu toate acestea, mă gândesc la ea adesea. Minutele de groază şi confuzie pe care le-am simţit în timp ce stăteam neajutorată în camera ei mi-au servit drept memento interior de-a lungul perioadei de practică (şi chiar şi acum, ocazional) că imaginea de ansamblu nu este suficientă în medicină; că impresia generală despre un pacient nu are nicio valoare în lipsa cercetării ulterioare şi a monitorizării stării de sănătate sau boală din spatele impresiei iniţiale.

Cercetările asupra percepţiei umane relevă faptul că ne-am creat o capacitate remarcabilă de a colecta rapid informaţii vizuale şi de a ajunge la o concluzie fără ca măcar să observăm paşii prin care ajungem acolo. Studiile despre percepţie arată că a ne folosi de simţul vederii este de departe cea mai eficientă modalitate de colectare a informaţiilor.

Şi în majoritatea cazurilor este suficient de bună. Nu şi în medicină. Doctorii neexperimentaţi, cum eram eu în perioada de practică, trebuie să înveţe să parcurgă drumul invers de la concluzia la care ajung, să se ocupe de detaliile care i-au făcut să ajungă acolo şi să traducă ceea ce văd în limbajul şi în cifrele medicinei. Doar atunci putem încerca măcar să-l ajutăm pe pacient.

A observa ceea ce vezi

Sherlock Holmes, strălucitul detectiv ficţional, exprimă probabil cel mai succint lecţia pe care am învăţat-o eu. „M-am antrenat, îi spune

Holmes secretarului său, dr. John Watson, să observ ceea ce văd.” Este o distincţie importantă.

„Aţi fost în Afganistan, din câte văd.” Cu aceste prime cuvinte, Holmes iniţiază relaţia neobişnuită cu cel care avea să devină cel mai apropiat prieten şi cel mai devotat discipol al său. Watson, care se recupera în Londra în urma rănilor suferite în Afganistan, este şocat de afirmația detectivului. Cum ar putea să ştie asta? I-a spus cineva? „Nicidecum. *Mi-am dat seama* că aţi fost în Afganistan.” Holmes îşi reface raţionamentul. Postura militară a lui Watson sugerează un anumit timp petrecut în armată, îi spune Holmes. Bronzul pronunţat sugerează faptul că s-a întors de curând, iar fizicul său răvăşit o infecţie intestinală. Braţul lui rănit indică faptul că a fost într-o zonă de război.

Desigur că, în ficţiune, e un truc uşor de realizat. Cu toate acestea, Arthur Conan Doyle şi-a creat cel mai celebru personaj după un chirurg scoţian pe nume Joseph Bell, pentru care lucrase în timpul perioadei sale de practică. La fel ca Holmes, Bell purta adesea o şapcă de vânătoare, fuma pipă şi era observat adesea folosind lupa. Dar cea mai importantă caracteristică împărtăşită de cei doi era ochiul atent la detalii, combinat cu o capacitate deductivă remarcabilă.

Poveştile despre Bell par fragmente desprinse direct dintr-o poveste cu Holmes. În prefaţa uneia dintre cărţile sale, Doyle descrie în ce măsură îi este îndatorat lui Bell pentru crearea personajului Holmes şi oferă exemple pentru capacităţile a la Holmes ale lui Bell. În timpul consultării unui pacient, un tânăr în haine de stradă, Bell îl întreabă imediat dacă a fost demobilizat recent din armată. Fusese. Fusese oare subofiţer în Divizia Scoţiană? Da. Încartiruit în Barbados? Da, de unde ştia toate astea? Ca şi Holmes, Bell se delecta cu împărtăşirea observaţiilor sale pacientului, studenţilor la Medicină şi doctorilor care îl observau. Doyle citează răspunsul lui Bell: „Vedeţi, domnilor, a explicat el, bărbatul era genul respectuos, dar nu şi-a scos pălăria. Aşa se procedează în armată, dar dacă ar fi fost demobilizat de mult ar fi învăţat manierele civile. Are un aer de autoritate şi este evident scoţian. În ceea ce priveşte Barbados-ul, el se plânge de elefantiazis, care provine din Indiile de Vest, nu din Marea Britanie. Pentru publicul lui de Watsoni, totul părea destul de miraculos până când era explicat, după care părea destul de simplu. Nu este de mirare că, după studierea unui astfel de personaj, mai târziu în viaţă, când am încercat să construiesc un detectiv având mintea strălucită a unui om de ştiinţă, am folosit şi am amplificat metodele lui.”

Doyle recunoaşte deschis că puterea de observaţie a lui Bell era extraordinară. Se referă la el însuşi şi la ceilalţi doctori care asistau la aceste remarcabile demonstraţii de detectivistică drept „Watsoni”. Şi totuşi, Holmes şi modelul lui, Bell, credeau cu tărie că genul acesta de

observaţie atentă a detaliilor semnificative poate fi predată, pentru instruirea celor din jur. „Pe baza observaţiei atente şi a deducţiei poţi pune un diagnostic corect în absolut toate cazurile”, scrie Bell într-o scrisoare către elevul lui de acum celebru, Arthur Conan Doyle. Odată cu practica, precizează el, capacitatea de observare poate fi îmbunătăţită. Doctorii, pare el să sugereze, pot învăţa să „observe ceea ce văd”.

A învăţa cum vezi

Facultăţile de Medicină din întreaga ţară s-au alăturat de curând personajului istoric Joseph Bell în încercarea de a-i învăţat pe studenţi să fie nişte observatori mai buni. Unul dintre primele eforturi a venit de la Yale.

Dr. Irwin Braverman, care preda dermatologia de peste cincizeci de ani, era de mult timp frustrat de dificultăţile pe care le aveau studenţii în descrierea constatărilor lor asupra pielii. Putea fi vorba de un deficit de cunoaştere – uşor de remediat prin cărţi, imagini şi teste. Dar Braverman bănuia că ceea ce le lipsea în primul rând studenţilor săi era abilitatea de a observa atent. Prea adesea voiau să treacă direct la răspuns, fără să acorde atenţie detaliilor care îi duceau acolo.

„Îi înveţi pe studenţi să memoreze multe date”, mi-a spus el. „Le spui: Priviţi acest pacient. Priviţi cum stă. Priviţi trăsăturile lui faciale. Aceste caracteristici anume reprezintă o boală, iar acele caracteristici, altă boală. „Îi învăţăm aceste tipare, astfel încât, data viitoare când le întâlnesc, să poată veni cu un diagnostic.” În opinia lui Braverman, ceea ce le lipseşte este capacitatea de a formula un raţionament atunci când apare ceva ciudat. Asta necesită observare atentă şi detaliată. După ani de predare, încă nu era sigur că găsise cea mai bună modalitate de a face constant acest set complex de abilităţi.

În 1998, Braverman a venit cu o idee nouă privind modul de predare a acestei tehnici. Ce-ar fi fost să o lege de un context în care n-ar fi avut nevoie de nicio cunoştinţă de specialitate, astfel încât să se poată concentra asupra abilităţilor care nu puteau fi învăţate din nicio carte, un context în care învăţarea să-i oblige pe studenţi să fie atenţi la proces, şi nu la conţinut? Şi-a dat seama că are sala de curs perfectă chiar în curtea lui, la Yale’s Center for British Art. Cursul, acum parte a curriculumului, le solicită studenţilor din primul an să-şi antreneze capacitatea de observare pe tablouri, şi nu pe pacienţi.

În timp ce intram în lumina blândă din holului muzeului, i-am văzut pe studenţii din anul întâi stând în mici grupuri şi aşteptând să intre în sala de conferinţe ca să afle ce caută în acel decor neobişnuit. Braverman, un bărbat cu faţa rotundă, părul pieptănat peste cap şi un zâmbet ştrengăresc, stătea în capul unei mese lungi din lemn negru şi lustruit, ca un preşedinte de mare corporaţie lipsit de morgă. El le-a spus că treaba lor din după-amiaza aceea era să se uite la tablourile

care le erau repartizate şi apoi doar să le descrie. Nu e prea greu, nu-i aşa? A privit în jur, plin de speranţă. Câţiva studenţi care stăteau lângă el au zâmbit şi au dat din cap entuziasmaţi. Ceilalţi de la masă erau mai greu de convins. „De fiecare dată e la fel”, mi-a spus Braverman în timp ce urcam scările în urma studenţilor, spre etajul trei, acolo unde erau expuse tablourile de secol al XIX-lea pe care îi plăcea să le folosească. „O mână de studenţi fie înţeleg imediat, fie sunt entuziaşti din obişnuinţă. Ceilalţi trebuie convinşi. Dar o să vezi, până la sfârşitul după-amiezii o să am câţiva convertiţi. Aşteaptă şi vei vedea.”

Odată plasaţi în faţa tablourilor ce le fuseseră repartizate, studenţii trebuiau să urmeze regulile. Nu trebuiau să citească micile etichete de lângă tablouri. Aveau zece minute să privească tablourile, apoi clasa urma să discute imagini, una câte una. Fiecare tablou avea o poveste de spus. Era treaba studentului să-şi dea seama care era această poveste şi să o relateze celorlalţi, folosind doar termeni concreţi, descriptivi. Dacă vi se pare că un personaj arată trist, le-a spus el, încercaţi să vă daţi seama care este indiciul ce vă face să credeţi asta şi descrieţi-l. Dacă vi se pare că tabloul sugerează un anumit loc sau clasă, descrieţi detaliile care v-au condus la această concluzie.

Un tânăr înalt, cu o faţă drăguţă şi cu mărul lui Adam proeminent, s-a uitat la imaginea unui bărbat slab, a cărui parte superioară a torsului atârna inert peste marginea patului, cu mâna dreaptă atingând podeaua. Ochii bărbatului erau închişi. Doarme? a întrebat Braverman.

— Nu, a declarat hotărât tânărul către colegii lui strânşi în jurul tabloului. „Ar putea fi beat – are o sticlă în mână – dar nu doarme. Cred că e mort.”

— De unde ştii asta? a întrebat Braverman.

— Culoarea pielii lui – nu e normală. Pare verde, a răspuns meditativ studentul. Şi e înconjurat de moarte.

A descris scena. Tânărul bărbat zace într-un apartament sărăcăcios de la mansardă. Prin ferestrele înguste şi murdare se vede conturul unui peisaj indiferent alcătuit din acoperişuri întunecate în lumina schimbătoare a soarelui care apune. Petale de trandafiri ofilite, de culoare gri, în lumina slabă ornamentează pervazul. Podeaua e presărată cu bucăţele de hârtii rupte.

— Cred că s-a sinucis, a concluzionat studentul triumfător.

— Excelent, a aprobat Braverman.

Linda Friedlaender, curatoarea didactică, a vorbit pe scurt despre tablou *(Moartea lui Chatterton,* redarea de către Henry Wallis a sinuciderii poetului de şaptesprezece ani din secolul al XVIII-lea, Thomas Chatterton), apoi au trecut la tabloul următor.

După curs, Braverman şi cu mine am discutat, la cafea, despre tehnica lui inovativă de predare.

— Capacitatea de a observa este de regulă dobândită doar după mai mulţi ani de practicare a medicinei, a spus dr. Braverman. Dintr-odată, toată experienţa acumulată îi face pe doctori să vadă ceea ce nu fuseseră învăţaţi înainte. Devin excelenţi observatori – în cele din urmă. Prin acest curs, sper să încep în forţă formarea încă de la început a acelor abilităţi speciale de diagnosticare.

Chiar dacă se uită la tablouri, şi nu la pacienţi, ceea ce învaţă studenţii aici se poate aplica în medicină.

Braverman ştie acest lucru, deoarece l-a testat. Timp de doi ani, i-a pus pe participanţi să descrie ceea ce vedeau într-o serie de fotografii înfăţişând oameni cu anomalii vizibile. După curs, li se dădea un alt set de fotografii, cu aceleaşi instrucţiuni. Testele erau notate pe baza descrierii aspectelor specifice ale anomaliilor fotografiate. Identificarea corectă a bolii sau a stării nu influenţa punctajul; tot ceea ce conta erau identificarea şi descrierea datelor vizuale. Când punctajele de dinainte şi de după test erau comparate, se dovedea că studenţii îşi îmbunătăţiseră cu 56% capacitatea de observaţie, după petrecerea acelei după-amiezi la muzeu.

Pentru a se asigura că asta nu se datora doar abilităţilor mai bune de rezolvare a testului la a doua efectuare a lui, acelaşi test în două părţi a fost dat unui grup de studenţi înainte şi după o prelegere asupra examinării fizice. Şi capacitatea de observaţie a acestor studenţi s-a îmbunătăţit – nu ajungi la Facultatea de Medicină dacă nu poţi învăţa cum să dai un test – dar nici pe departe la fel de mult.

Încă dinainte să aflu de acest studiu, ştiam din experienţă personală că abilităţile acestea pot fi predate. Eram în anul trei sau patru la Medicină când am început dintr-odată să văd peste tot oameni cu anomalii.

Era ca şi cum aş fi fost transportată pe neaşteptate într-o lume populată cu bolnavi, răniţi şi devianţi de la normă. Bineînţeles, ei existaseră şi înainte – de ce nu îi văzusem? Cunoaşterea joacă, fără îndoială, un rol. Când înveţi un nou cuvânt sau un nume, dintr-odată parcă îl întâlneşti peste tot.

Dar e mai mult decât atât. Suntem învăţaţi încă de la o vârstă mică să ne întoarcem privirea de la anomalii. Copiii sunt fascinaţi de cei al căror aspect diferă de ceea ce s-au obişnuit să vadă. Iar noi îi învăţăm să îşi ignore această curiozitate. Fiica mea, Tarpley, a întrebat odată o casieriţă dacă este bărbat sau femeie. Soţul meu s-a înroşit de ruşine, din cauza stânjenelii pe care întrebarea i-o provocase femeii dizgraţioase şi neîngrijite. Şi-a cerut scuze, dar şi-a dat seama că răul fusese făcut. După aceea i-a explicat fiicei noastre cât de mult trebuie

să o fi rănit pe acea femeie o astfel de remarcă. De atunci Tarpley nu mai pune astfel de întrebări. A învăţat să nu mai privească insistent.

Facultăţile de Medicină te obligă să renunţi la acest comportament impus de educaţie. Nu trebuie să-ţi întorci privirea de la anomalii. Trebuie să le cauţi. Trebuie să le înţelegi. Şi asta nu dispare atunci când pleci de la cabinet, în mod frecvent (şi nu zgomotos, sper) îi arăt soţului meu patologiile pe care le văd pe stradă – mersul rostogolit al unui bărbat care are o proteză deasupra genunchiului, bronzul de o nuanţă ciudată de gri al bărbatului care prezintă un exces de fier numit hemocromatoză, buzele şi gura în continuă mişcare ale femeii schizofrenice, efect secundar pe termen lung al multor antipsihotice. Acum trăiesc într-o lume plină de anomalii. E fascinant.

Cum este posibil să vezi ceva şi să nu observi?

Dr. Marvin Chun, profesor la Visual Cognitive Neuroscience Lab de la Yale, şi-a dedicat cariera căutării unui răspuns la această întrebare. Când l-am vizitat într-o după-amiază caldă de toamnă, m-a invitat să văd o înregistrare video deja celebră în domeniul lui, al vederii şi atenţiei. Pe un monitor, în stop-cadru, am văzut şase adulţi aflaţi în mijlocul unui joc ciudat. Păreau să existe două echipe – una îmbrăcată în alb, cealaltă în negru. Fiecare echipă avea o minge de baschet, în mod ciudat, nu erau pe teren, ci pe coridorul unei clădiri anonime de birouri. În fundal se vedeau clar uşile închise ale unui lift.

Sarcina mea, odată ce pornea înregistrarea, era să urmăresc echipa în alb şi să număr de câte ori era pasată mingea între jucători – ţinând numărători separate pentru pasele peste cap şi cele cu pământul, de la un jucător la altul. Imaginea a început să se mişte, iar eu stăteam cu ochii aţintiţi la mingea echipei în alb, în timp ce era pasată în tăcere prin masa mişcătoare de corpuri albe şi negre. Am ajuns la şase pase peste cap şi una cu pământul şi am pierdut socoteala. Hotărâtă să nu abandonez, am continuat până când înregistrarea de treizeci de secunde s-a terminat.

Unsprezece pase peste cap şi două pase cu pământul? am încercat eu. I-am spus lui Chun că mă pierdusem puţin pe la mijloc. În ciuda acestui fapt, mi-a spus el, mă descurcasem bine. Ratasem numai o pasă peste cap. Apoi m-a întrebat:

— Ai văzut ceva neobişnuit pe înregistrare?

În afara decorului neobişnuit al jocului, nu, nu văzusem nimic ieşit din comun.

— Ai văzut gorila din înregistrare?

O gorilă? Nu, în mod categoric nu văzusem o gorilă.

— O să-ţi arăt din nou înregistrarea, iar de data asta nu mai număra, doar priveşte jocul.

A pornit din nou înregistrarea. Echipa în alb şi cea în negru au intrat din nou în acţiune. După optsprezece secunde de la începerea jocului – cam la momentul la care îmi pierdusem concentrarea – am văzut cum cineva (o femeie, am aflat mai târziu) într-un costum de gorilă intră pe terenul de baschet de pe hol, prin dreapta. A avansat nonşalantă spre mijlocul cadrului, s-a bătut cu pumnii în piept ca o gorilă din desenele animate de la un post TV pentru copii, apoi a ieşit calmă prin partea stângă a imaginii. Stătuse în faţa camerei opt secunde, iar eu nu o văzusem deloc.

În cazul în care m-ai fi întrebat dacă e posibil să nu văd o gorilă – sau măcar o femeie într-un costum de gorilă – apărând în cadru, aş fi fost de acord că este imposibil să treci cu vederea un eveniment atât de extraordinar. Şi totuşi, aşa s-a întâmplat. La fel şi în cazul a peste jumătate dintre cei cărora Daniel J. Simons le-a dat aceeaşi sarcină în laboratorul lui de la University of Illinois din Urbana-Champaign. Cum este posibil aşa ceva?

Avem o încredere extraordinară în capacitatea noastră de a vedea ceea ce se găseşte în faţa ochilor noştri.

Şi totuşi, lumea ne oferă milioane de exemple că nu este aşa. Cât de des vi s-a întâmplat să căutaţi fără succes un obiect şi să chemaţi în ajutor pe cineva care îl găseşte imediat, chiar în faţa voastră? Sau să aveţi parte de întâlnirea stânjenitoare cu un prieten care vă abordează furios după ce aţi „ignorat” salutul lui de aseară, în timp ce vă uitaţi după un loc liber într-un cinematograf aglomerat? Potrivit Administraţiei Federale a Autostrăzilor, în fiecare an au loc şase milioane de accidente. În multe dintre aceste coliziuni, şoferii pretind că priveau în direcţia în care mergeau, dar pur şi simplu nu au văzut obiectul de care s-au izbit – mărturie a faptului că oamenii sunt capabili în mod regulat să nu vadă ceea ce este în faţa ochilor lor, ceva ce Sherlock Holmes ar fi numit „a vedea fără a observa”.

Cercetătorii numesc acest fenomen „orbire din neatenţie”, deoarece adesea nu reuşim să observăm un obiect sau un fapt pur şi simplu deoarece suntem preocupaţi de o sarcină care ne solicită atenţia. Surpriza noastră atunci când ne confruntăm cu această situaţie provine foarte frecvent dintr-o neînţelegere fundamentală a modului în care funcţionează creierul. Credem că ochii noştri sunt un fel de camere video care surprind tot ceea ce este în faţa noastră, în funcţie de locul pe care alegem să îl focalizăm în acel moment. Este posibil ca noi să nu fim atenţi la orice, dar presupunem, în primul rând, că vom fi în măsură să recunoaştem orice eveniment important care se întâmplă, şi în al doilea rând că, dacă este necesar, putem oricând să derulăm filmul înapoi şi să îl proiectăm din nou în cinematograful minţii noastre. Ceea ce ne scapă prima dată ne-am putea aminti la rememorarea evenimentului.

Desigur, lucrurile nu stau aşa. Când am fost întrebată despre gorila din jocul de baschet, nu îmi aminteam nimic despre acest animal. Mi-am frământat mintea, dar mi-am dat seama că nu îmi aminteam de acel episod pentru că nu văzusem gorila. Atenţia mea era îndreptată spre altceva.

Există detalii care fac un obiect mai uşor de văzut. Chun îmi spune că, dacă, în locul gorilei, în cadru ar fi intrat un bărbat dezbrăcat sau o femeie dezbrăcată, şansele de a observa imaginea neaşteptată ar fi fost mult mai mari. Sau dacă gorila ar fi fost însângerată, sau dacă s-ar fi mişcat şi s-ar fi comportat ca o gorilă, ar fi fost mai probabil ca eu s-o văd. Asta e din cauză că există unele imagini fundamentale pe care mintea le recunoaşte ca importante.

Deci ce se întâmplă de fapt? În mod evident, informaţia străbate ochiul înspre retină. Iar un examen IRM funcţional – unul care dezvăluie ce zone ale creierului lucrează la o anumită sarcină – arată că semnalarea neuronală trimite informaţia în partea corectă a creierului – astfel că, în mod sigur, o vezi. Dar înainte ca imaginea aceasta să poată pătrunde în conştiinţa ta, o altă parte a creierului intervine, încercând să decidă dacă informaţia respectivă merită atenţie. Iar această evaluare depinde integral de ceea ce te interesează.

De fapt, în majoritatea timpului noi vedem ceea ce vrem să vedem, ceea ce ne aşteptăm să vedem. Capacitatea noastră de a vedea obiecte sau evenimente care sunt neaşteptate şi deosebite de cele care ne interesează este extrem de limitată.

Ca să ne întoarcem la experimentul cu jucătorii de baschet şi gorila, sarcina mea era de a urmări jucătorii îmbrăcaţi în alb şi de a ţine socoteala paselor dintre ei. Majoritatea observatorilor care primesc această sarcină nu reuşesc să vadă gorila. În acelaşi experiment, subiecţii care au fost instruiţi să urmărească jucătorii îmbrăcaţi în negru au văzut gorila. Din cauză că gorila era şi ea neagră, era mai aproape de ceea ce îi interesa şi astfel imaginea a putut să treacă de paznicii creierului şi să fie observată.

Ce se întâmplă cu informaţia vizuală care intră în creier, dar nu beneficiază de atenţia conştiinţei subiectului? Este înmagazinată acolo, aşteptând o a doua şansă, precum un detaliu delicios dintr-o reluare a unui episod din *Familia Simpson*? Majoritatea cercetărilor sugerează că nu. Dacă imaginea nu captează atenţia cuiva imediat, dispare pentru totdeauna.

Pe baza acestor studii, Chun şi mulţi alţi cercetători din acest domeniu cred acum că aşteptările privitorului sunt cele care definesc iniţial ceea ce este văzut, şi că ceea ce este neaşteptat va fi adesea ratat. Devenim privitori mai buni când avem aşteptări mai clare. Când primeşti o sarcină anumită – să urmăreşti mingea în timp ce e pasată

între membrii echipei în alb – poţi prezice care vor fi aşteptările, precum şi faptul că observatorii au puţine şanse de a remarca apariţia gorilei, pentru că nu intră în setul lor de aşteptări.

Cum rămâne atunci cu situaţiile în care priveşti, dar sarcina e mai complexă – aşa cum este în viaţa reală sau în spital, când îngrijeşti pacienţii? Dacă teoria este adevărată, ceea ce vezi şi ceea ce nu vezi va fi definit de ceea ce experienţele tale te-au făcut să aştepţi. Poate că Osler se înşela atunci când spunea că multe diagnostice sunt ratate mai degrabă fiindcă nu vezi, decât fiindcă nu cunoşti. Poate că necunoaşterea este ceea ce determină ratarea vizuală. Acest lucru a jucat, fără îndoială, un rol în cazul lui Michael Kowalski.

Marile speranţe

Michael Kowalski nu era un om care se speria uşor. Şi putea număra pe degetele de la o mână de câte ori plânsese ca adult. Dar atunci când dr. Keith Stoppard a intrat în camera sa, a auzit o respiraţie înăbuşită şi neregulată şi, pe măsură ce ochii lui se adaptau luminii slabe, l-a văzut pe bărbatul masiv cuibărit în pat. Oricât de puţin probabil părea, Michael Kowalski, fost boxer în facultate, fost militar, tată al unui puşcaş marin şi, în general, un tip dur de cincizeci şi doi de ani, plângea ca un copil.

Soţia lui, Maureen, o Valkyrie cu păr roşcat, stătea lângă patul soţului ei. Cu faţa întunecată de pistrui şi brăzdată de oboseală, tampona tandru fruntea soţului ei cu o cârpă umedă şi rece. Părul lui scurt, cărunt şi mustaţa răsucită şi neîngrijită erau lipite de piele, iar faţa lui rotundă era congestionată şi strălucea din cauza transpiraţiei şi a lacrimilor.

— Doctore, sunt speriat, a spus el, într-o şoaptă hârâită. Nu-mi poţi spune ce am?

Femeia l-a strâns de mână, într-o încercare tăcută de a-l linişti.

Stoppard, un rezident în anul trei, nu ştia ce să spună. Era îngrijorat. Domnul Kowalski era în spital de trei zile şi Stoppard încă nu reuşise să-şi da seama de ce era atât de bolnav.

În acea primă zi, păruse un caz destul de obişnuit: un reprezentant de vânzări de vârstă mijlocie trimis de doctorul lui de familie pentru ceea ce părea a fi meningită Lyme. Sterling vorbise cu doctorul pacientului mai devreme, în ziua aceea, iar metoda de tratament păruse destul de simplă – o puncţie lombară pentru confirmarea diagnosticului, apoi antibiotice intravenoase şi supravegherea lui în perioada de recuperare. Dar de atunci încoace nimic nu mersese conform aşteptărilor lui, iar acum nu mai ştia ce să creadă sau la ce să se aştepte.

Era aproape miezul nopţii când Stoppard l-a văzut pe Kowalski în camera de urgenţă, în acea primă noapte. Pacientul i-a spus că începuse să-i fie rău cam cu o săptămână în urmă. La început se

gândise că e doar o gripă. Se simţea obosit, trupul îi era înţepenit şi dureros. „Eram ca un om bătrân – de-abia mă puteam mişca”, i-a spus el doctorului cu mormăitul lui grav. Dar după două sau trei zile în care se simţise îngrozitor, s-a trezit cu o febră ciudată, care apărea în mod regulat. „Îţi puteai pune ceasul după accesele astea de febră”, a explicat el. „Pe la patru în fiecare după-amiază începea să-mi fie foarte frig. Tremuram ca un nebun. Îmi puneam multe pături, dar nu reuşeam să mă încălzesc nicicum. Apoi, dintr-odată, mi-era cald ca naiba. Transpiram. Era absurd.” Soţia lui, asistentă, a adăugat că febra lui ajungea până la 39,5-40 de grade în fiecare noapte. La patru dimineaţa, se trezea scăldat în transpiraţie şi trebuia să-şi schimbe pijamaua. În zori, febra ceda – dar după-amiaza întregul ciclu se repeta.

În afară de febră, mi-a spus rezidentul, avea gâtul înţepenit şi dureros inflamat din cauza tusei, iar capul îi bubuia. Articulaţiile picioarelor, braţelor şi mâinilor erau rigide şi sensibile. Îi era greu să se mişte, chiar şi să se dea jos din pat. În cele din urmă, s-a dus la doctorul lui de familie, dr. Dennis Huebner. După ce i-a ascultat povestea şi l-a examinat, Huebner s-a gândit că probabil era doar un virus, dar a decis să trimită probe de sânge la analize, ca să se asigure că nu e Lyme. Ştia că pacientul lui e expus riscului acestei boli. Kowalski era un excursionist pasionat, petrecând multe weekenduri la pescuit şi vânătoare chiar lângă Old Lyme, Connecticut, acolo unde boala era endemică.

Pacientul a recunoscut că, de-a lungul anilor, îşi scosese multe căpuşe din piele. Dar, a adăugat el, nu în ultimul timp; în ultimele câteva luni fusese prea ocupat ca să cutreiere pădurile. Totuşi, Huebner considera că Lyme e o boală pe care e bine să n-o ratezi. Dacă o prinzi într-un stadiu incipient, o poţi bombarda o săptămână cu antibiotice şi dispare. Dacă o ratezi, pacientul poate avea nevoie de luni de îngrijire. Huebner i-a spus pacientului că probabil era vreun virus, iar dacă febra persista, să-l sune. El avea să-i comunice dacă testul pentru Lyme se dovedea pozitiv.

În noaptea aceea, febra a apărut la aceeaşi oră ca de obicei, iar a doua zi pacientul l-a sunat pe Huebner, care i-a prescris, reticent, Doxiciclină. „Doctorul mi-a spus că probabil e un virus, a relatat pacientul, dar eu mă simţeam suficient de bolnav ca să am nevoie de antibiotice. Iar el a fost de acord. Am luat pastilele, dar febra apărea în continuare. După două zile, doctorul mi-a spus: «Uite ce e, nu te însănătoşeşti. Trebuie să mergi la spital.»”

Pacientul se considera un tip destul de sănătos, îşi făcuse serviciul militar „în ultimul război” (Vietnam), iar acum conducea un camion pentru o companie din oraşul său. Avea tensiune arterială ridicată, iar colesterolul lui era „mai rău decât zice doctorul că trebuie să fie”, dar

îşi lua medicamentele regulat şi se simţise destul de bine „până să înceapă porcăria asta.” La examinare, în camera de urgenţă, avea temperatură 39 cu 5, iar pulsul îi era crescut. Muşchii gâtului erau dureroşi la atingere, dar îşi putea mişca fără probleme capul. Exact sub mandibulă avea câţiva noduli limfatici măriţi şi dureroşi. Articulaţiile mâinilor şi genunchilor erau deosebit de sensibile, dar nu roşii sau umflate. Analizele de sânge trimise de la urgenţă arătau un nivel ridicat al leucocitelor şi enzime ale ficatului uşor anormale.

Febra, gâtul dureros şi durerilor teribile de cap indicau fără îndoială o meningită – o infecţie gravă şi potenţial mortală. Iar boala Lyme netratată poate avansa spre creier, producând meningită. Dar lucrurile nu se potriveau perfect: oricât de groaznic s-ar fi simţit omul acesta, nu era la fel de bolnav ca pacienţii cu meningită pe care Stoppard îi văzuse în trecut. Cu o febră atât de mare, acei pacienţi erau adesea prea bolnavi ca să mai vorbească, în ciuda febrei mari, acest pacient era uneori irascibil, alteori amuzant, dar foarte lucid şi dinamic. Anomaliile ficatului nu erau nici ele tipice. Ei bine, poate că era meningită virală – evoluţia acesteia este mult mai puţin gravă decât omologul ei bacterian, iar uneori poate să crească nivelul enzimelor ficatului. Oricum, trebuiau să facă o puncţie lombară. Asta avea să le spună dacă era meningită şi, dacă da, ce o provoca.

Dar atunci când Stoppard a recomandat această procedură, pacientul a explodat. Era deja bolnav, deja avea dureri, iar acum doctorii ăştia pe care nu-i cunoştea deloc voiau să-i bage un ac în spate? Nici gând. Trebuia să discute cu doctorul lui. Soţia lui a încercat să-l convingă, dar el era de neclintit: nicio procedură, dacă nu era aprobată de doctorul lui – punct. În seara aceea era de gardă colegul lui Huebner – voia să vorbească cu el? Pacientul s-a ridicat în capul oaselor, pe patul mobil de la spital, şi l-a privit furios pe tânărul rezident: nu voia să vorbească decât cu doctorul lui şi atât. Neavând ce să facă, Stoppard a adăugat antibiotice intravenoase în doze mari la Doxiciclina deja administrată şi a aşteptat neliniştit dimineaţa şi aprobarea puncţiei lombare.

A doua zi, la prima oră, Stoppard l-a sunat pe doctor, care l-a sunat imediat pe pacient. Huebner i-a spus că are nevoie de această procedură. Trebuiau să afle dacă e meningită. Pacientul a fost de acord, fără tragere de inimă, iar neplăcuta analiză a fost făcută. Rezultatele au venit aproape imediat – erau normale. Nu exista nimic care să indice vreo infecţie la nivelul creierului. Testul Lyme trimis de doctori cu câteva zile în urmă a venit tot în dimineaţa aceea – era, de asemenea, normal. Nu avea meningită; nu avea boala Lyme. Se întorseseră de unde plecaseră.

Una dintre tehnicile pe care doctorii le folosesc pentru a pune un diagnostic este să grupeze simptomele, constatările examinării fizice

şi rezultatele analizelor, să le identifice pe cele mai importante şi să încerce să găsească un model recognoscibil. Acest pacient avea multe simptome, dar care erau cele mai importante? Stoppard avea senzaţia că febra este cheia – era extrem de mare şi urma un tipar bine definit. Despre celelalte nu era la fel de sigur. Dar febra, în combinaţie cu nodulii limfatici măriţi şi nivelul ridicat al leucocitelor indicau în mod clar o infecţie. Aşa că unde era infecţia? Ce le scăpase? Kowalski lua două antibiotice puternice – dar erau ele cele potrivite? La acest moment, echipa nu avea cum să-şi dea seama. Tot ce putea să facă era să caute în continuare.

La camera de urgenţă îi recoltaseră sânge, pentru a încerca să depisteze bacteria care produsese infecţia, dar până acum nu apăruse nimic. Analiza trebuia repetată de fiecare dată când febra pacientului creştea – momentele în care agentul infecţios putea fi găsit cel mai uşor. Rezultatele radiografiei toracice făcute la camera de urgenţă erau normale, dar Stoppard a cerut încă una – Kowalski avea febră, un nivel crescut al leucocitelor şi tuse – uneori pneumonia poate să apară mai târziu pe radiografie. A cerut teste pentru a depista o eventuală infecţie a rinichilor, ficatului şi a colecistului pacientului. Acestea nu au dezvăluit nimic.

Pe de altă parte, Kowalski părea să se însănătoşească: încă făcea febră în fiecare noapte, dar numai 37,7-38 – mult mai mică decât fusese acasă sau la camera de gardă. Iar în timpul zilei, când echipa medicală îşi făcea vizitele, Kowalski părea obosit, dar spunea că se simte în regulă – nu-l durea capul şi nici corpul Orice ar fi avut, Stoppard se simţea uşurat să vadă că pacientul răspundea la antibiotice.

Sau cel puţin aşa a crezut el până într-o după-amiază în care Kowalski a făcut febră mare, 40, iar doctorul l-a găsit plângând în camera întunecoasă. „Spune-mi că n-o să mor, l-a implorat el pe tânărul doctor. „Te rog, ajută-mă.” Şi-a tras cearşaful peste cap, iar umerii lui se scuturau ca ai unui copil.

În camera aceea întunecoasă de spital, în faţa pacientului care plângea sub cearşaf şi a soţiei lui, lividă la faţă de îngrijorare, Stoppard se simţea copleşit.

Ce se întâmpla dacă nu putea soluţiona cazul? Cu o zi în urmă, dr. Huebner le sugerase să trimită pacientul la spitalul universitar aflat la cincizeci de kilometri distanţă, dar rezidentul nu fusese de acord. Crezuse că vor afla ei răspunsul. Dar în clipa aceea îşi făcea griji că se înşelase. A-l vedea pe acest om dur plângând disperat părea un reproş la adresa abilităţilor lui de doctor şi a deciziei de a-l păstra acolo, în acel mic spital local, departe de cercetătorii şi specialiştii de la Yale.

Stoppard, acum specialist nefrolog la University of Pennsylvania, îşi aminteşte bine acel moment. „Nu credeam că urma să moară. Dar nu puteam să promit asta. Şi nu puteam să-l mint, bineînţeles. Însă voiam să ştie că facem tot posibilul să ne dăm seama ce este. Şi eram destul de sigur că vom reuşi.”

Stoppard a descris planul pe care îl pusese la punct împreună cu specialistul în boli infecţioase consultat în acest caz. Infecţia era încă cea mai probabilă cauză a febrei, i-a spus el pacientului şi soţiei acestuia; trebuiau doar s-o găsească. O tomografie a abdomenului şi pelvisului şi un examen IRM cerebral aveau să arate dacă exista vreo infecţie ascunsă acolo. O ecografie cardiacă îi va ajuta să caute infecţii neobişnuite ale valvelor – infecţii care pot apărea în culturi doar după săptămâni de zile. Niciuna dintre aceste infecţii nu este frecventă, a explicat Stoppard, dar la fel de neobişnuită era şi febra care nu răspundea la o săptămână de administrat antibiotice.

Şi, cu toate că infecţia este cea mai frecventă cauză a febrei, a continuat el, nu este nicidecum singura. Cheagurile de sânge pot produce febră, la fel şi anumite forme de cancer. În sfârşit, unele boli ale ţesutului conjunctiv – articulaţiile, vasele de sânge, muşchii – pot provoca febră şi dureri corporale. Aveau să facă nişte analize specializate ale sângelui, căutând aceste boli. Ceva trebuia să apară, l-a asigurat Stoppard pe pacientul său.

Când, în cele din urmă, a ieşit din cameră, Stoppard a fost izbit în faţă de aerul răcoros al holului şi şi-a dat seama că era aproape la fel de transpirat ca pacientul său.

A scris trimiterile către analizele despre care îi vorbise şi a aşteptat să apară ceva.

Dar nu a apărut nimic. Analizele au fost efectuate în următoarele două zile, în timp ce febra îşi respecta programul ei nocturn. Tomografiile creierului şi corpului erau normale – niciun cheag, nicio infecţie, nici alţi noduli limfatici măriţi. Ecografia cardiacă nu arăta nimic neobişnuit. Analizele de sânge rămâneau negative. Cele ale ficatului, care fuseseră anormale la internare, rămâneau la fel, dar nu se înrăutăţiseră. O analiză ieşea în evidenţă: viteza de sedimentare a hematiilor (VSH). Aceasta este o analiză foarte veche, care verifică viteza cu care se aşază globulele roşii din sânge pe fundul unui mic tub capilar – ceea ce reflectă gradul infecţiei din corp. La acest pacient, era spectaculos de mare. Oricum, testul nu este foarte precis în privinţa cauzei infecţiei – este unul dintre motivele pentru care nu se efectuează prea des. Putea fi o infecţie, dar putea fi, de asemenea, cancer sau una dintre bolile ţesutului conjunctiv. Nu găsiseră nimic care să arate că ar fi vorba de cancer, iar testele de sânge pentru lupus şi artrită reumatoidă – cele mai frecvente anomalii ale ţesutului conjunctiv – erau normale.

Rezidentul nu ştia sigur ce să facă în continuare. Huebner a sugerat din nou posibilitatea de a transfera pacientul la Yale. Kowalski stătea în spital de aproape o săptămână şi încă nu ştiau nimic. Stoppard a discutat cazul cu colegii săi şi doctorii mai bătrâni şi mai experimentaţi. Majoritatea testelor sugerate de aceştia fuseseră făcute.

Apoi a vorbit cu dr. Alfred Berger. Acesta era un bărbat vesel, cu un aer tineresc şi o faţă lată de irlandez, care era nou în facultate, dar devenise deja unul dintre favoriţii rezidenţilor. După ce Stoppard a parcurs complicata poveste, Berger a pus o singură întrebare: „Pacientul are vreo erupţie?” Nu, nu văzuseră aşa ceva, a răspuns Stoppard. Dar de ce întrebase asta? Berger a zâmbit. E vorba de tipare recognoscibile, i-a spus el rezidentului. Triada febră persistentă, dureri de articulaţii şi erupţie constituie manifestarea clasică a instalării bolii Still la adulţi, o maladie neobişnuită şi puţin înţeleasă a ţesutului conjunctiv.

Still a fost prima oară descrisă la copii, iar în pediatrie este cunoscută acum drept artrită reumatoidă juvenilă sistemică. Ţinta ei obişnuită sunt adulţii tineri.

Nu există vreo metodă de a o identifica prin analize.

Este un diagnostic care se stabileşte prin excludere – cu alte cuvinte, înainte de a pune diagnosticul Still trebuie să elimini toate celelalte posibilităţi. „Dacă asta e, e un diagnostic extraordinar. E rar şi e mişto”, a exclamat Berger entuziast. „În plus, cu siguranţă trebuie să ştii asta pentru examenul de autorizare”, a adăugat tânărul profesor meditativ.

În boala Still de obicei se observă o erupţie pe trunchi şi pe braţe, vizibilă de obicei doar atunci când pacientul are febră. Nici pacientul, nici soţia lui nu spuseseră nimic despre vreo erupţie. Echipa lui Stoppard era de gardă în noaptea aceea, aşa că puteau să-l examineze după ce apărea febra.

Au avut această ocazie după doar două ore. Spre sfârşitul acelei după-amiezi, Stoppard a primit un telefon de la studenta la Medicină a echipei. „Erupţia, erupţia – are erupţie!” a strigat aceasta însufleţită. Studenta le spusese pacientului şi soţiei lui că era posibil să observe o erupţie pe corp în după-amiaza aceea. Când s-a dus în camera lui Kowalski să vadă ce mai face, acesta i-a zâmbit larg, apoi a spus morocănos: „Ei, doctore, vrei să vezi un fund frumos?”

S-a întors şi şi-a tras în jos pantalonii, lăsând să se vadă erupţia de pe fese.

Rezidentul a venit imediat. Erupţia era alcătuită din pete neregulate, uşor umflate, nedureroase, de o nuanţă neobişnuită de roz; în manuale, este descrisă adesea drept culoarea somonului. Pacientului a început să i se administreze Prednison, tratamentul

obişnuit pentru boala Still, iar reacţia lui a fost o confirmare aproape instantanee a diagnosticului. Când i s-a dat prima doză de medicament, avea febră 39 cu 3, iar petele de pe piele foarte vizibile. O oră mai târziu, ambele dispăruseră complet.

A doua zi dimineaţa, pacientul era treaz şi îmbrăcat atunci când Stoppard a venit în vizită cu echipa. Părul lui era pieptănat, mustaţa îngrijită, iar pe noptieră se aflau cheile de la maşină. Imediat ce au intrat în cameră, le-a spus că era gata să plece acasă. Epuizarea, durerile musculare şi inflamaţia de la nivelul gâtului dispăruseră complet. Ei intenţionau să-l mai ţină o zi – doar ca să fie siguri – dar pacientul nici nu voia să audă. „Încă nu v-aţi plictisit de mine? Pentru că eu cu siguranţă m-am plictisit de voi, oameni buni.” Fără tragere de inimă, a acceptat să stea până spre sfârşitul după-amiezii, când începea de obicei febra, iar când aceasta n-a apărut, el şi soţia lui au plecat acasă.

De ce nu fusese vizibilă erupţia până în seara aceea? Era oare prima zi în care apăruse? Parcurgând fişa, am văzut că medicul curant menţionase o erupţie cu câteva zile în urmă. La acel moment, Huebner o atribuise unei simple infectări a pielii, şi nimeni altcineva nu o remarcase. Când i-am întrebat, niciun membru al echipei nu şi-a amintit să o fi văzut măcar. Era în afara setului lor de aşteptări. Pur şi simplu, nu o vedeau. Dacă ştii ce cauţi, e mult mai probabil să şi găseşti.

Pacientul a luat Prednison şase luni. Apoi a continuat tratamentul cu un reumatolog care ştia despre boala respectivă. Aceasta l-a avertizat că boala recidivează.

De atunci au trecut câţiva ani, iar boala reapare ocazional, „Îmi place ca în casă să fie frig când dorm – întotdeauna mi-a plăcut asta – dar când mă trezesc şi perna mea e transpirată, ştiu că Still a pornit iar la război”, spune Kowalski. „Dar nu îi permit să mă tragă înapoi.” E nevoie de o săptămână de Prednison pentru ca simptomele să dispară la fel de repede şi de misterios cum au dispărut prima oară.

O zi sau două trebuie s-o lase mai încet, dar faptul că ştie diagnosticul, evoluţia bolii şi la ce să se aştepte îi permite să suporte simptomele calm. Frica şi necunoaşterea care făceau ca febra să fie intolerabilă în spital au dispărut. Ce a rămas este doar disconfortul. „Nici măcar nu auzisem de boala asta înainte să o fac”, mi-a spus Kowalski, apoi a adăugat: „Ca să fiu sincer, cred că nici doctorul meu nu auzise”.

Este un truism că, în medicină, cele mai multe diagnostice dificile sunt puse de doctorii care au cea mai multă sau cea mai puţină experienţă. Doctorii bătrâni dispun de o vastă experienţă, care le permite să ia în considerare multe posibilităţi diferite. Deoarece sunt

deschişi unei largi varietăţi de observaţii, mai puţine constatări pertinente sunt eliminate. Iar novicii? Aceştia nu au nicio aşteptare şi există dovezi că lipsa aceasta de prejudecăţi bazate pe experienţă le permite să privească mai atent ansamblul.

Dr. Marvin Chun relatează un experiment efectuat de laboratorul său cu câţiva ani în urmă. Participanţilor la acest studiu li s-au arătat două fotografii; erau identice, cu excepţia unui singur element care în una dintre ele era modificat. Li s-a arătat câte o fotografie din două perechi de fotografii. În unul dintre seturi, obiectul modificat era în centrul imaginii. Această fotografie înfăţişa o încăpere mare în care stau trei oameni îmbrăcaţi în halate de laborator, iar în fundal se vede o maşinărie complicată, în prima imagine, două braţe de sprijin plasate exact în spatele oamenilor sunt vopsite în galben-aprins; în imaginea următoare ele sunt modificate – sunt portocalii.

A doua pereche de fotografii prezintă un grup de baloane cu aer cald de forma unor animale domestice. Mult deasupra lor, în partea de sus a fotografiei, pluteşte un balon cu aer cald cu faţa unui clovn pictată pe lateral. Pe obrazul clovnului se vede un punct, de un roz intens. În depărtare poate fi văzut un al doilea balon cu aer cald. Pe suprafaţa balonului flutură o eşarfă roz-aprins. În a doua imagine a seriei, punctul roz-aprins şi eşarfa dispar.

Ipoteza cercetătorilor era că privitorii vor observa imediat modificarea din imaginea cu laboratorul, deoarece obiectul care îşi schimba culoarea era exact în spatele oamenilor din centrul imaginii. Modificarea din al doilea set de fotografii, credeau ei, va fi mai greu de observat, deoarece schimbarea era periferică. Aveau dreptate.

Subiecţii aveau nevoie de mult mai mult timp pentru a identifica schimbarea periferică. Experienţa ne-a învăţat că informaţiile importante dintr-o fotografie se găsesc de regulă în centru, astfel că acolo ne uităm mai întâi.

Cercetătorii au dus experimentul şi mai departe. Ce s-ar întâmpla dacă imaginea ar sfida aşteptările noastre obişnuite? Ar schimba asta rapiditatea cu care am putea găsi diferenţa dintre cele două imagini? Pentru a răspunde la această întrebare, cercetătorii au arătat unui alt grup de subiecţi aceleaşi fotografii, cu o singură diferenţă: de data aceasta ele erau răsturnate cu susul în jos. În acest experiment, subiecţii nu ar şti nimic despre noua lume răsturnată, n-ar avea nicio prejudecată bazată pe experienţă, iar ipoteza lui Chun era că, în acest decor, schimbarea aflată la periferia fotografiei ar fi la fel de evidentă pentru privitor ca şi schimbarea din centrul fotografiei. De fapt, chiar aşa au stat lucrurile. Cu fotografiile răsturnate, identificarea ambelor modificări a durat cam la fel de mult.

Deci novicele nu are niciun fel de aşteptări, iar expertul are multe aşteptări. Ambele situaţii facilitează observaţia atentă. Cum rămâne

atunci cu doctorii de mijloc (ca mine) – trecuţi de perioada de neofiţi, dar încă acumulând experienţă?

Aceasta este o zonă de mare interes pentru Chun şi ceilalţi cercetători, fiind un subiect predilect în încercările de îndreptare a erorilor. „Nu ştiu dacă am găsit deocamdată prea multe lucruri utile, recunoaşte Chun. „Cred că cel mai important lucru pe care l-am aflat este că acest control se petrece în primul rând în creierul privitorului. Chun crede că şoferii – şi chiar şi doctorii – trebuie să fie învăţaţi să îşi distribuie atenţia în mai multe direcţii. Când ne concentrăm atenţia asupra unui câmp prea îngust, în mod sigur vom rata ceva. „Totul este acolo, aşteptându-ne. Trebuie doar să învăţăm cum să privim."

După o dimineaţă petrecută cu pacienţii la cabinetul său de la Montefiore, dr. Stanley Wainapel se aşază comod în fotoliul său şi îşi slăbeşte cravata.

— Oamenii mă întreabă adesea cum pot consulta un pacient dacă nu văd. De fapt, pentru mine asta este partea cea mai uşoară. Dacă vrei să asculţi un murmur al inimii, care e primul lucru pe care îl faci? Închizi ochii.

Nu vrei ca altceva să interfereze cu capacitatea ta de a auzi.

Şi dacă ai impresia că tocmai ai pipăit o porţiune mărită a ficatului, închizi ochii ca s-o simţi.

Mă trezesc aprobând din cap – am uitat iar că nu mă poate vedea.

Wainapel se opreşte, potrivindu-şi gânditor ochelarii. Una dintre lentile îi cade brusc din ramă. Eu sar în picioare şi mă ofer să-l ajut s-o găsească, dar înainte de a termina măcar propoziţia el a găsit lentila şi a băgat-o, împreună cu ochelarii, în buzunarul de la piept.

— Pacienţii mei află destul de repede că nu prea văd cine ştie ce, dar partea ciudată e următoarea.

Se apleacă înainte şi mă priveşte drept în faţă.

— Încă îşi aduc cu ei IRM-urile; încă vor ca eu să mă uit la radiografiile lor. De ce fac asta? Doar ştiu că eu nu văd.

M-am gândit la acest paradox – de ce să duci imagini unui om despre care ştii că e orb?

— Ei nu vor ca eu să le văd. Nu îi interesează asta, îmi explică Wainapel. Vor să-i ajut să vadă ce se întâmplă. Vor ca eu să-i ajut să înţeleagă. Asta este, de fapt, treaba mea. Ca a oricărui alt doctor.

Capitolul 6

Atingerea vindecătoare

Puterea vindecătoare a atingerii face de mult parte din cultura occidentală. Despre profetul Elisei se spunea că i-a readus la viaţă pe morţi printr-o simplă atingere. Isus a pus mâna pe un lepros şi acesta s-a vindecat. Discipolii lui aveau şi ei această putere vindecătoare.

Sfinţii creştini săvârşeau miracole prin simpla atingere a celor bolnavi. Iar de vreme ce monarhiile occidentale îşi dobândeau puterea prin drept divin, mulţi regi pretindeau şi ei că au această putere. Până în secolul al XVIII-lea, se credea că o singură atingere din partea monarhilor Angliei, Germaniei sau Franţei poate vindeca scrofuloza, o infecţie cronică a pielii – terapie la fel de eficientă, dar mult mai puţin dureroasă decât alte tratamente existente.

Utilizarea atingerii în diagnosticarea medicală a avut o istorie mai sinuoasă. Hipocrate savura datele oferite de simţuri şi era nerăbdător să le folosească. El a scris că:

„Este treaba doctorului să ştie dinainte anumite lucruri... cele mai importante, cele mai uşor de cunoscut, lucrurile percepute prin vedere, pipăit, auz, miros şi gust”. Lucrările lui descriu adesea formele bolilor, indicând temperatura corpului sau modurile de manifestare. Această abordare a medicinei a fost urmată doar intermitent până în Renaştere şi numai odată cu Iluminismul a fost readoptată cu adevărat de către doctorii care căutau să folosească date concrete oferite de corp pentru a face din medicină o ştiinţă adevărată, într-o epocă a progresului ştiinţific. În ultimă instanţă, este aceeaşi nevoie de precizie şi acurateţe specifice unei ştiinţe adevărate care practic a distrus examinarea fizică. Atingerea corpului pacientului pare primitivă şi nesigură atunci când e comparată cu ceea ce putem descoperi cu ajutorul minunilor tehnologiei.

Aceasta este impresia generală, dar oare chiar aşa stau lucrurile? Există tot mai multe dovezi că mâna doctorului oferă informaţii care nu pot fi obţinute de ochiul rece al înlocuitorilor ei tehnologici. Să luăm, de exemplu, problema depistării cancerului mamar. Ce poate fi sesizat prin examinare, dar nu şi de către o maşină?

Maşina respectivă – mamograful, ecograful, imagistica magnetică – joacă un rol important în detectarea cancerelor mamare. Dar la fel şi atingerea. Cele mai multe cancere mamare – peste 70% – sunt detectate de femeile care simt un nodul la sân. Mamografiile sunt responsabile pentru alte 20% – în mod evident, un instrument important în detectarea acestei maladii frecvente. Totuşi, studiile sugerează că examinarea sânului efectuată de un doctor duce la detectarea altor 5% dintre cancerele de sân – dat fiind numărul ridicat de cancere mamare din această ţară, asta înseamnă zece mii de

cancere depistate prin examinare în fiecare an, ceea ce face din atingere un instrument surprinzător de eficient.

Evaluarea durerii abdominale – una dintre cele mai frecvente şi problematice plângeri de la camera de urgenţă – este un alt exemplu în care examinarea fizică funcţionează mai bine decât cea mai avansată tehnologie, în fiecare an, peste trei milioane de pacienţi vin la urgenţe, plângându-se de dureri de burtă. 250 000 dintre aceştia ajung într-o sală de operaţie, pentru scoaterea apendicelui.

De regulă, este o decizie bună – chirurgul va elimina un organ bolnav. Dar, în medie, 20% dintre cei care ajung în sala de operaţie au ceea ce se cheamă apendice negativ – adică un apendice care este complet normal. Pentru femei, rata apendicectomiei inutile poate fi de două ori mai mare, până la 45%, în unele sondaje. Iar aceste statistici au rămas neschimbate timp de decenii.

Mulţi ani aceasta a fost considerată o rată acceptabilă. În general, era clar că intervenţia timpurie era cea mai sigură cale de abordare a acestei boli potenţial mortale şi că beneficiul trimiterii unor pacienţi suspecţi de apendicită la sala de operaţie prevalează asupra posibilelor efecte negative ale acestor operaţii inutile.

Cu douăzeci de ani în urmă, Alfredo Alvarado, un specialist în medicină de urgenţă din Florida, a creat o metodă de deosebire a pacienţilor care puteau avea apendicită de cei a căror durere avea probabil alte cauze. Folosind scorul lui Alvarado, doctorii îi pot astfel identifica pe cei care probabil au apendicită şi care pot fi duşi direct în sala de operaţie, separându-i de cei suspecţi de apendicită, care trebuie supravegheaţi. Alvaro a luat în calcul trei componente în crearea scorului său: trei simptome – greaţă, anorexie şi durere abdominală care migrează către cadranul drept inferior; trei rezultate ale examinării fizice – febră, sensibilitate a cadranului drept inferior şi prezenţa a ceea ce se numeşte „sensibilitate la apăsare”, atunci când îndepărtarea bruscă a presiunii de pe abdomen este mai dureroasă decât presiunea însăşi; şi o singură analiză, care să arate numărul şi tipul leucocitelor. Fiecare factor prezent aduce unul sau două puncte, maximul fiind de 10. Pacienţii care au un scor de 7 sau mai mare probabil că au apendicită şi pot să meargă direct la sala de operaţie. Nu mai este nevoie de nicio altă analiză. Cei cu scoruri de 4 sau mai mici probabil că nu au apendicită şi ar trebui evaluaţi pentru alte cauze ale durerilor abdominale. Studiile arată că sistemul acesta reduce rata apendicectomiilor inutile la mai puţin de 5%.

Scorul este util pentru cei aflaţi la extreme – pacienţii cu 4 sau mai puţin şi cei cu 7 sau mai mult. Dar ce facem cu cei din mijloc? Cei care prezintă simptome ce sugerează apendicită, dar al căror scor nu îi încadrează într-o categorie clară? Aici tehnologia îşi demonstrează utilitatea. Tomografiile pot distinge corect între cei care au nevoie de

operaţie şi cei care nu au nevoie, în aproape 100% din cazuri. Utilizarea scorului Alvarado şi a tomografiei, în cazurile în care diagnosticul este neclar, s-a dovedit a fi foarte eficientă, reducând rata apendicectomiilor inutile la aproape 1%.

Dacă tomografia poate să ne arate atât de bine cine trebuie să se opereze, de ce să n-o folosim tot timpul? De ce să nu-i ducem direct la tomograf pe toţi pacienţii suspecţi de apendicită? De fapt, asta se şi întâmplă. Tomografele sunt utilizate în mod obişnuit pentru evaluarea efectivă a tuturor pacienţilor cu dureri abdominale. Dar un studiu recent sugerează că aceasta ar putea să nu fie cea mai bună strategie. Herbert Chen şi alţii de la University of Wisconsin au analizat fişele a 411 pacienţi diagnosticaţi cu apendicită. Două treimi făcuseră tomografie înainte să meargă la sala de operaţie. În cazul celeilalte treimi, decizia de a opera pacientul a fost luată pe baza antecedentelor, a examinării fizice şi a rezultatelor analizelor. Ceea ce au descoperit ei a fost că aceia care făcuseră tomografie aveau o rată a complicaţiilor mult mai mare decât aceia care erau duşi direct la sala de operaţie. Iar rata perforaţiilor era de două ori mai mare la cei care făcuseră acest test. De ce? Autorul presupune că e din cauza întârzierii operaţiei. Cei o treime care nu au făcut tomografie au ajuns în sala de operaţie în primele cinci ore de la sosirea la urgenţe, în timp ce aceia care au făcut tomografie au trebuit să aştepte de aproape două ori mai mult pentru operaţie.

În ciuda acestor cercetări, este remarcabil de greu să impui ideea respectivă. În spitalul local unde lucrez, dr. Jeff Sediack este coordonatorul rezidenţilor de chirurgie generală. Ani de zile el a deplâns faptul că cei aflaţi în subordinea lui îi duceau practic pe toţi pacienţii cu dureri abdominale direct la tomograf, sărind complet peste examinarea fizică. Săturându-se să se tot plângă, în cele din urmă s-a decis să încerce altceva. A creat un concurs. Rezidenţii de chirurgie primeau un punct pentru fiecare pacient suspectat de apendicită pe care îl examinau şi pentru care calculau scorul Alvarado. Pentru pacienţii cărora li se făcea tomografie înainte de a fi consultaţi de rezident nu se primeau puncte. Cei care adunau cele mai multe puncte primeau un mic premiu.

Rezidenţii au luat competiţia în serios. Un rezident din anul doi a primit un bonus atunci când a reuşit să-l convingă pe doctorul de la urgenţe că pacientul are un diagnostic clar de apendicită şi fără tomografia cea scumpă.

În loc să-l ducă pe pacient la tomograf, chirurgii l-au dus în sala de operaţie, unde i-a fost eliminat rapid apendicele plin cu puroi. Concursul a avut un succes extraordinar. Rata tomografiilor a scăzut, complicaţiile au scăzut şi, ca beneficiu suplimentar, spune Sediack,

abilităţile de examinare ale rezidenţilor s-au îmbunătăţit spectaculos. Anul următor concursul a fost relansat – la cererea publicului.

Prezenţa durerii şi a sensibilităţii abdominale poate fi extrem de utilă pentru punerea unui diagnostic. Uneori, reciproca este şi ea adevărată: consultarea unei persoane care prezintă dureri, dar care nu este sensibilă la atingere, poate fi de asemenea edificatoare.

Câinele care nu latră

Era 1 iulie, prima mea lună în care mă ocupam de internarea pacienţilor, ca rezident. Ca intern, aveam un rezident lângă mine care îmi supraveghea fiecare mişcare. Acum eram rezidentul de noapte – făceam internări după ce echipa de gardă îşi îndeplinise cota de internări zilnice. Prezenţa mea le permitea măcar să se odihnească puţin. Era incitant şi puţin înspăimântător să fiu pe cont propriu, în felul acesta. Ştiam că, la nevoie, se găsea întotdeauna cineva cu mai multă experienţă prin preajmă. Totuşi, eram agitată.

Am primit primul telefon de la urgenţe pe la două noaptea. O femeie fusese adusă cu ambulanţa de la un azil de bătrâni. Doctorul vorbea în dialectul aspru şi criptic al medicinei, în zgomotul camerei de urgenţă aglomerate.

— Avem o femeie de optzeci şi şapte de ani bolnavă şi cu demenţă, pe nume Carlotta Davis. A fost trimisă de la azil prezentând o modificare acută a stării mentale. Antecedente de hipertensiune, CAD [boală de inimă] şi un CABG [operaţie de bypass aorto-coronarian] la trei vase, cu douăzeci de ani în urmă. A luat-o razna când au vrut s-o culce, aşa că au trimis-o aici. Nimic la examinare, în afară de TA [tensiune arterială] scăzută la limită. Analizele arată leucocite de şaisprezece [adică mult] şi urină murdară [infectată]. Am pus-o pe IV Cipro [un antibiotic] şi un litru de plasmă [pentru tensiunea scăzută]. Suntem presaţi rău aici, aşa că tre' să plec.

Apoi s-a auzit din nou tonul.

Iată care este prima regulă pe care o înveţi ca rezident de specialitate – să nu accepţi niciodată diagnosticul camerei de gardă. Treaba lor e să decidă dacă un pacient e suficient de bolnav ca să fie spitalizat. Le place să pună pacientului un diagnostic deoarece formularele le solicită asta şi adesea intuiesc problema. Dar nu au timpul sau resursele pentru a stabili diagnosticul în niciunul din cazurile care nu sunt foarte evidente. Regula a doua: dacă cei de la urgenţe spun că cineva e bolnav, du-te să-l vezi imediat. Ei ştiu ce înseamnă asta.

— Doamnă Davis, am spus încet, după ce am intrat în camera întunecoasă.

Am auzit un geamăt lung şi profund. Am aprins lumina şi am văzut o femeie micuţă pierdută printre perne şi pături, mişcându-se agitat în pat. Am traversat camera spre pat şi m-am prezentat. Pacienta stătea

cu ochii strâns închişi, mişcându-se de pe o parte pe alta, ca şi cum ar fi căutat o poziţie confortabilă. Picioarele ei n-aveau astâmpăr, se foiau întruna pe deasupra cearşafurilor aspre şi albe.

— Carlotta? am încercat din nou.

Niciun răspuns. I-am atins pielea subţire a încheieturilor. Era caldă, iar pulsul îi era rapid, dar de-abia palpabil. Tensiunea arterială era scăzută – la fel ca şi în camera de urgenţă.

— Puteţi deschide ochii, doamnă Davis?

Din nou, niciun răspuns. În schimb, a strâns pleoapele şi mai tare, ca şi cum deschiderea lor ar fi făcut insuportabilul încă şi mai insuportabil. Doar geamătul şi zvârcolirea aproape neîntreruptă în pat. Oare durerea era cea care provoca aceste mişcări sau delirul? Putea fi oricare din ele. I-am ascultat inima, apoi mi-am strecurat stetoscopul sub spatele ei osos, pentru a-i asculta plămânii. Am tras pătura şi cămaşa de noapte, dezvăluind un stomac neaşteptat de rotund. De ce nu era stomacul ei la fel de slab şi de plat ca restul siluetei ei mici şi zvelte? Am aşezat încet stetoscopul pe acea ridicătură. Linişte. M-am forţat să ascult timp de un minut întreg. În mod normal intestinele scot sunete. Dar nu şi acestea.

La camera de gardă descoperiseră că are o infecţie urinară şi erau preocupaţi de posibila ei răspândire în sânge. Începuseră deja să-i administreze intravenos antibiotice. Era o cauză frecventă de spitalizare în rândul celor bătrâni şi plăpânzi. Iar uneori o boală gravă poate duce la încetarea temporară a funcţionării tractului gastrointestinal. Despre asta era vorba, sau era altceva? I-am examinat atent abdomenul. Nu am simţit nicio masă – şi nicio sensibilitate. Avea dureri, în mod evident, dar ceea ce făceam eu nu părea să o afecteze.

Am apăsat tare cu degetele pe vezica urinară. Avea o infecţie acolo – era aceasta sursa durerii? Nicio reacţie. Am strâns şi am bătut cu degetul în lateral, acolo unde se ascund rinichii. Era infecţie şi acolo?

Nicio modificare în mişcările ei agitate. Mi-am terminat examinarea, căutând atent orice altă sursă potenţială de disconfort. Nicio escară, nicio articulaţie umflată şi dureroasă, nicio roşeaţă nicăieri. Nimic ce ar fi putut explica agitaţia îngrozitoare şi gemetele cumplite care ieşeau printre buzele ei la fiecare câteva minute.

Tratasem mulţi pacienţi cu şoc endotoxic, dar niciunul dintre ei nu arătase aşa. Am cerut o doză mică de morfină. Suntem învăţaţi să nu tratăm durerea până când nu ştim de unde provine, dar am vrut să văd dacă o alină – dacă disconfortul ei provine dintr-o sursă de durere nedescoperită. Morfina a oprit mişcările spasmodice, dar gemetele au continuat. Încă nu ştiam dacă era vorba de durere sau delir.

Conform infirmierelor de la azil, pacienta se plânsese de dureri abdominale mai devreme, în ziua aceea. Era posibil să aibă o infecţie

urinară, dar nu părea să aibă nicio durere la vezica urinară sau rinichi. Ce altceva putea fi? La această categorie de vârstă cancerul era probabil.

Avea un cancer de colon care îi obstrucţiona intestinele? Stomacul ei era moale, uşor de examinat, iar eu nu simţisem vreunul din acele corpuri liniare şi tari care sugerează un scaun captiv în colon. Piatra la vezica biliară putea provoca febră şi un nivel crescut al leucocitelor, dar m-aş fi aşteptat ca asta să îi provoace durere atunci când îi palpasem partea dreaptă. Nu se întâmplase aşa ceva. La fel era cu apendicita, pietrele la rinichi, pancreatita, perforaţia intestinală – toate provocau dureri îngrozitoare, dar acele dureri erau de regulă localizabile. Nu mă puteam gândi la nimic care să provoace o durere atât de intensă, dar care să nu se agraveze la apăsare.

Iar tensiunea ei arterială era încă prea scăzută. Am cerut încă un litru de soluţie salină normală. La cei foarte bolnavi, deficitul de lichid din fluxul sangvin, datorat lipsei de mâncare sau băutură sau transpiraţiei excesive, poate să provoace scăderea tensiunii arteriale. Înlocuirea acelui lichid readuce adesea tensiunea la valoarea normală. Dacă tensiunea nu creştea după acest fluid, trebuia să meargă la terapie intensivă să primească medicamente pentru redresarea ei.

Am căutat-o pe dr. Cynthia Brown, rezidenta în anul trei care era de gardă la terapie intensivă. Cynthia era o roşcată plină de viaţă, cu picioarele pe pământ, care, înainte să meargă la Facultatea de Medicină, fusese fizioterapeut.

Ne împrieteniserăm aproape imediat, ea fiind mai în vârstă decât majoritatea rezidenţilor şi, ca şi mine, din Sud. Am găsit-o la recepţie, bând ceai fierbinte şi trecând în revistă fişele medicale. Nu apucase să doarmă, dar arăta remarcabil de trează şi vioaie. M-a întâmpinat cu entuziasm. I-am expus pe scurt cazul, precizându-i diagnosticul meu diferenţial şi îndoielile mele.

— Există ceva mai mult decât atât, dar nu-mi pot da seama ce. Şi nici nu ştiu prea bine de unde să încep. Să o trimit să facă o tomografie? Ar ajuta la ceva? Oricum, dacă nu îi cresc tensiunea, ajunge la tine.

Cynthia s-a gândit pentru o clipă.

— Are o boală de inimă? a întrebat ea.

Avea.

— Iar tensiunea e mică?

Era.

— După părerea ta, avea dureri disproporţionate faţă de ce ai descoperit la examinarea fizică?

Absolut.

— Astea sunt simptomele clasice ale colitei ischemice.

Ca mulţi alţi termeni din medicină, cuvintele înseşi îţi spun multe lucruri pe care trebuie să le cunoşti despre boală: ischemia – din grecul *isch*, obstrucţionat – şi *hema*, care înseamnă sânge. Obstrucţionarea fluxului sangvin către colon. Este o boală cel mai adesea întâlnită la bătrâni, adesea însoţită de o infecţie majoră. Ştiam despre această boală, bineînţeles. E în *Harrison* – manualul după care am învăţat despre boli. Dar „durerea disproporţionată faţă de semnele examinării fizice" nu e în *Harrison.* Sau în oricare alt manual pe care l-am parcurs. Face parte din tradiţia orală a medicinei, e un aspect creat – ca multe altele – prin experienţă, din necunoaştere. Totuşi, ar fi trebuit cel puţin să includ boala respectivă pe lista mea de posibilităţi. Pacienta întrunea toate condiţiile pentru ea.

Faţa mea ardea în timp ce înţelegeam asta, bineînţeles, colita ischemică era cel mai probabil diagnostic. Iar eu îl ratasem.

— Nu uita, motivul pentru care facem meseria asta mizerabilă şi prost plătită e educaţia.

Cynthia a zâmbit, în timp ce îmi repeta ceea ce eu îi spusesem odată, ca intern. În timp ce mă grăbeam să ajung în camera pacientei, fierbeam de frustrare. Cum voi ajunge oare vreodată să stăpânesc toate astea? Citeam manuale, cărticele cu perle clinice, nenumărate articole din reviste şi totuşi, la o manifestare clasică a unei boli clasice, pierdusem trenul. Medicina internă mi s-a părut brusc, din nou, absolut copleşitoare. Este vastă, în constantă schimbare şi de nestăpânit. O rezidentă pe care o cunoscusem în anul meu ca intern îmi împărtăşise de curând decizia ei de a părăsi domeniul medicinei interne şi de a se duce la dermatologie. De ce? am întrebat-o eu. „Pentru că vreau să am dreptate mai des", mi-a spus ea.

Cu diagnosticul colitei ischemice în cap, era uşor de reconstituit ceea ce trebuie să se fi întâmplat. Pacienta avea o infecţie, care făcuse ca tensiunea ei arterială să scadă. Avea arterele îngroşate şi îngustate – de aceea îşi făcuse operaţia de bypass, cu ani în urmă. Împreună, tensiunea arterială scăzută şi arterele deteriorate pot face ca anumite părţi ale corpului să nu mai primească sânge şi oxigen. Durerea pe care o simţea ea era cauzată de ţesutul care murea, din lipsă de oxigen. Este o boală cumplită, ce adesea necesită operaţie. Mortalitatea este mare – în parte deoarece numai cei ce suferă de afecţiuni multiple şi cu o stare de sănătate în general proastă au tendinţa de a face această boală.

Când am ajuns, în cameră era tăcere. Morfina îi permisese în cele din urmă pacientei să doarmă sau cel puţin o făcuse să nu mai geamă. Iar presiunea ei arterială urcase, datorită fluidului adiţional. O radiografie a confirmat diagnosticul de colită ischemică. L-am sunat pe doctorul de familie al pacientei şi, la cererea acestuia, secţia de chirurgie.

Următoarele internări m-au făcut să cobor în grabă la camera de gardă. M-am întors după câteva ore să văd cum se mai simte pacienta şi ce făcuse medicul curant. Pacienta fusese evaluată de rezidentul chirurg, care voia s-o ducă în sala de operaţie. Noi analize sugerau că există ţesut mort care trebuia îndepărtat.

Familia ei nu a fost de acord cu operaţia. Ea le transmisese deja dorinţele ei – fără măsuri extraordinare, fără operaţie. Trebuiau să îi ţină sub control durerile, a recomandat familia, şi să vadă ce se întâmplă. Dacă supravieţuia, foarte bine; dacă nu, cel puţin ar fi plecat în pace. Fiica ei urma să vină cât putea de repede. Înainte să plec, în dimineaţa aceea, am intrat să văd pacienta. Camera era tăcută, dar acum era plină de lumina a ceea ce părea o zi de vară splendidă la fereastră. Pacienta zăcea nemişcată pe pat; ochii ei rămâneau închişi, dar muşchii feţei erau în sfârşit relaxaţi. Pielea delicată şi palidă era întinsă graţios deasupra pometţilor, ca la o frumoasă adormită negăsită vreodată de prinţul ei.

Deşi nu puteam să fac nimic pentru ea, am intrat s-o văd pe Carlotta şi în timpul următoarelor două nopţi. Nu s-a trezit când i-am strigat numele sau i-am atins umărul subţire. Camera s-a umplut încet cu cărţi poştale, desene colorate şi flori. Pe peretele din faţa ei era lipit „Te iubim, bunico”, conturat cu negru şi colorat cu creioane în culori primare, astfel încât acesta să fie primul lucru pe care l-ar vedea când şi dacă ar deschide ochii. Nişte jucării depozitate pe pervazul lat al ferestrei sugerau că cel puţin un nepot sau strănepot o vizitează în mod regulat.

Când am venit în a patra noapte, camera era goală. Cărţile poştale şi desenele dispăruseră; patul era proaspăt făcut, aşteptându-şi următorul ocupant. Stând în cadrul uşii, mi-am luat rămas-bun de la această femeie. Aşa învaţă fiecare doctor, adesea stând lângă patul pacienţilor pe care nu i-a salvat. Şi aşa îşi aduc doctorii omagiul lor. Am diagnosticat această boală şi altele similare cu ea şi, de fiecare dată când iau decizia corectă, văd din nou chipul Carlottei.

Mână în mână, minte lângă minte

Partea romantică, atracţia examinării fizice – cel puţin pentru mine – provine din modul în care e predată. Eu am învăţat de la doctorii care m-au instruit. Ei, la rândul lor, au învăţat-o de la doctorii care i-au instruit pe ei, creând o linie de transmisie care ajunge, precum genealogia, până la creatorul ei. Subliniind natura personală a acestei transmisii, manevrele sau tehnicile de examinare poartă adesea numele doctorilor sau, uneori, ale asistentelor care le-au creat. Semnul Spurling, numit după neurochirurgul american de la începutul secolului XX, descrie manevra Roy Glenwood Spurling, creată pentru a vedea dacă o durere a braţului sau a mâinii îşi are originea în coloana cervicală.

Prin această manevră, capul este aplecat în partea cu durerea, apoi doctorul apasă în jos, comprimând discurile moi dintre vertebrele osoase. Dacă aceasta reproduce durerea, a explicat Spurling într-o lucrare publicată în 1944, ea poate fi atribuită unui nerv strangulat al gâtului, un instrument util înainte de apariţia examenului IRM şi încă predat în mod regulat ca metodă de evaluare a durerii de braţ.

Semnul Tinel a fost numit după neurologul francez Jules Tinel. Acesta a creat un test, în timp ce îngrijea, în Primul Război Mondial, soldaţi răniţi prin împuşcare, în mod frecvent, odată ce rana se vindeca, sensibilitatea şi forţa rămâneau limitate, din cauza nervilor afectaţi din zonă. Tinel bătea cu degetul în nervi, exact înainte de porţiunea afectată. Dacă pacientul simţea furnicături în porţiunea respectivă, a spus Tinel, înseamnă că nervul se refăcea, iar soldatul se putea aştepta să îşi redobândească sensibilitatea şi mobilitatea. În ziua de azi, această manevră este predată adesea ca metodă de diagnosticare a sindromului de tunel carpian, o lezare prin suprasolicitare a nervului median care produce amorţeală sau furnicături la degetul mare, arătător sau mijlociu. Dacă o bătaie cu degetul în încheietura mâinii produce aceste simptome, se spune că pacientul are sindrom de tunel carpian.

Iată care este problema. Multe dintre aceste manevre nu funcţionează. Semnul Spurling indică o boală de disc cervical la fel de puţin ca o aruncare cu banul. Mulţi oameni vor simţi durere la această manevră, dar durerea poate avea multe cauze: artrită reumatoidă, osteoartrită, metastază osoasă. Iar mulţi dintre cei cu un nerv al gâtului strangulat nu vor simţi nicio durere. Totuşi, manevra respectivă este predată.

Semnul Tinel este la fel inutil pentru diagnosticarea sindromului de tunel carpian. Oamenii care au sindrom de tunel carpian pot simţi furnicături atunci când se bate în nerv, dar la fel simt şi oamenii care au alte probleme. Iar mulţi oameni cu sindrom de tunel carpian nu vor simţi furnicătura specifică sindromului atunci când li se bate în nerv. Prin urmare, nu se poate face o diferenţă clară între cei care au acest sindrom şi cei care nu îl au.

Componentele individuale ale examinării fizice au fost create pe vremea când doctorii aveau puţine alte mijloace de diagnosticare a afecţiunilor. Orice semn sau simptom care a fost considerat util la momentul acela a fost adoptat de medicină. Spre deosebire de testele high-tech sau medicaţiile moderne (şi scumpe), nu exista necesitatea ca aceste tehnici de examinare să fie evaluate. Şi adesea, atunci când aceste tehnici au fost create, nu exista niciun mod prin care să se stabilească dacă testele erau corecte sau nu, în afara operaţiei sau a autopsiei. Pe măsură ce tehnologia a evoluat, la fel a făcut-o şi

capacitatea noastră de a ne proba testele. Dar suntem doar la începutul acestui proces. Între timp, doctorii continuă să le predea.

Un coleg de-ai mei, dr. Tom Duffy, mi-a spus despre un test de care nu auzisem niciodată şi despre un pacient pentru care testul acesta se dovedise extrem de important. Michael Crosby era un bărbat tânăr – sănătos şi activ, fără niciun fel de probleme medicale. Michael îşi amintea clar momentul în care îşi dăduse seama că e bolnav. Era în a doua lui zi de predat. Avea o slujbă nouă, într-o şcoală nouă. Dădea clasei un test şi, în timp ce elevii lucrau, el se plimba printre bănci. Elevii stăteau cu capetele aplecate şi creioanele în mână, în timp ce ochii li se mişcau de la cuvintele de pe tablă la lucrările lor, rezolvând primul test din acel an.

Michael era profesor suplinitor. Iar în dimineaţa aceea se simţea ciudat de agitat. Simţea cum inima îi bate tare în piept şi îşi auzea respiraţia scurtă şi profundă. Se pregătise cinci ani ca să ajungă acolo; făcuse practică în unele dintre cele mai rău famate cartiere din nordul statului New York, iar acum îl speriase această clasă a noua de copii spanioli din pătura de mijloc din Connecticut? Inima lui bubuitoare îi spunea că aşa este.

Dar era oare vorba de frică? Tot ce ştia era că îi e greu să respire. Foarte greu. Şi dintr-odată s-a simţit îngrozit. A respira – cel mai uşor şi natural lucru din lume – brusc nu i-a mai părut nici uşor, nici natural. Simţea cum execută mişcările specifice respiraţiei, şi totuşi aerul nu părea să ajungă în plămânii lui. Simţea picături reci de transpiraţie pe faţă. Cravata din jurul gâtului părea prea strânsă. S-a uitat la ceas. Putea să reziste până la sfârşitul orei? S-a aşezat la catedra din faţa clasei, încercând să se relaxeze.

În sfârşit, s-a auzit soneria. Elevii s-au înghesuit la uşă, lăsând lucrările pe catedră. Crosby s-a grăbit să-i urmeze.

Holul spre cabinetul medical părea să se piardă în depărtare. Fiecare pas era un efort. „Nu pot respira”, a spus el răguşit, odată ajuns la cabinetul medical. „Mi-e rău”. Pat Howard, asistenta şcolii, l-a pus să se aşeze pe pat. El o auzea cum îi pune întrebări, încercând să obţină mai multe informaţii, dar îi era greu să vorbească. Se simţea ca şi cum s-ar fi înecat pe uscat. Ea i-a scos cravata, apoi i-a pus o mască de oxigen deasupra gurii şi nasului. Valul răcoros de oxigen i-a adus o oarecare alinare. Îşi amintea cum fusese îmbarcat în ambulanţă. Când a deschis ochii din nou, era într-o cameră de gardă, înconjurat de feţe necunoscute.

A fost diagnosticat imediat cu embolie pulmonară gravă. Un cheag de sânge de undeva din corpul său se desprinsese şi fusese purtat de sistemul circulator la inimă, apoi depus în plămâni. Au început să-i dea anticoagulante şi a fost internat la terapie intensivă, unde putea fi urmărit îndeaproape. Imediat ce starea lui a fost stabilă, doctorii şi-au

îndreptat atenţia spre cheagul în sine: de unde provenise şi de ce îl avea? Trebuiau să ştie, pentru că încă un astfel de atac ar fi putut să-l ucidă.

Coagularea este ceva de care depinde viaţa noastră. Dar, ca multe alte aspecte legate de corp, contextul este esenţial. La locul şi momentul potrivit, un cheag de sânge ne poate salva viaţa, prin prevenirea sângerării abundente. Într-o altă situaţie, acelaşi cheag poate ucide. Cheagurile se formează de obicei pe locul oricărei leziuni a unui vas de sânge. Se pot forma şi atunci când sângele încetează să circule; de aceea orice provoacă imobilitate prelungită, ca atunci când călătorim sau suntem ţintuiţi la pat, creşte riscul unui cheag patologic. Şi graviditatea creşte acest risc. La fel anumite medicamente sau hormoni. Unii oameni au o anomalie genetică din cauza căreia sângele lor se coagulează prea repede. Găsirea cauzei unui cheag este vitală pentru a estima riscul formării altuia.

Aşa că doctorii lui au căutat: nu avea niciun cheag la picioare – cea mai frecventă sursă de cheaguri de sânge anormale. Tomografia toracelui, abdomenului şi pelvisului nu a dezvăluit nici ea nimic. Nu călătorise de curând, nu fusese bolnav. Nu lua medicamente şi nu fuma.

Doctorii au trimis la analize probe de sânge pentru a vedea dacă acesta se coagulează prea repede. Rezultatele au fost normale. Nu puteau găsi niciun motiv pentru care acest tânăr altfel sănătos să aibă un cheag. A fost externat din spital după două săptămâni, spunându-i-se că trebuie să ia pentru tot restul vieţii warfarin, un medicament contra coagulării sângelui. Fără el, riscul de a avea un nou cheag era prea mare.

Este dificil să fii un pacient cu o boală care nu poate fi explicată. Ceea ce făcea ca incertitudinea aceasta să fie şi mai rea era noua certitudine care o însoţea – că trebuia să ia un medicament anticoagulant pentru totdeauna. Avea douăzeci şi trei de ani şi era un tânăr atletic, care avea un sport preferat pentru fiecare anotimp. Medicamentul anticoagulant l-ar fi protejat de o altă embolie pulmonară, dar în schimb el trebuia să evite orice l-ar fi putut face să sângereze – inclusiv sporturile pe care le îndrăgea.

Pacientul a căutat o alternativă şi l-a găsit pe prietenul meu, Tom Duffy, hematolog de la Yale University, cu reputaţie de mare diagnostician. Michael spera ca Duffy să-şi dea seama ce provocase embolia lui pulmonară devastatoare şi, poate, să-l scape de warfarin.

Duffy este un bărbat zvelt şi sportiv, de şaizeci şi ceva de ani, cu ochelari rotunzi cu ramă de baga. Preferă papionul şi are un mod de a vorbi precis şi studiat. A ascultat povestea pacientului şi apoi i-a cerut alte câteva detalii: ce fel de activitate fizică făcuse în săptămânile de dinaintea apariţiei cheagului? Alterna trei zile de ridicat greutăţi cu

două zile de înot sau alergare. Luase vreun medicament de îmbunătăţire a performanţei? Tânărul a recunoscut că luase mai demult, dar nu în ultimii câţiva ani.

În timp ce îl asculta, Duffy analiza posibilităţile. Primul grup de doctori făcuse analizele obişnuite, indicând un caz de embolie pulmonară cu o cauză neobişnuită. Tomografiile făcute cât fusese în spital nu arătau niciun cheag în vasele picioarelor sau ale trunchiului. O boală rară de sânge numită hemoglobinurie paroxistică nocturnă poate produce cheaguri de sânge în ficat, splină sau sub piele. Acestea nu s-ar fi văzut la tomografie. Era posibil să aibă această boală rară? Sau avea mixom, un tip rar de tumoră care se dezvoltă în muşchiul inimii, ceea ce poate provoca un cheag de sânge chiar în interiorul acesteia? Examinarea fizică putea oferi unele indicii, dacă era vorba despre aceste boli.

În timp ce pacientul se dezbrăca pentru examinare, Duffy a fost uimit de muşchii foarte dezvoltaţi ai părţii de sus a corpului. „Arăta ca unul dintre acei tineri din revistele de culturism”, mi-a spus el mai târziu. „Era destul de şocant.” Altfel, examinarea a fost complet normală: nu exista niciun sunet anormal al inimii care să sugereze o tumoră sau altceva ce ar fi obstrucţionat circulaţia sângelui. Examinarea abdominală nu a relevat nicio sensibilitate sau umflătură care să sugereze un cheag ascuns acolo.

Duffy a privit din nou pacientul. Şi-a amintit ceva ce învăţase în facultate, cu mulţi ani în urmă. A ridicat braţul pacientului, până când acesta a devenit paralel cu podeaua. Punând cu atenţie degetul pe pulsul de la încheietura mâinii tânărului, a mişcat braţul acestuia, astfel încât să fie îndreptat uşor în spate. Apoi i-a cerut pacientului să dea capul pe spate, să întoarcă faţa în direcţia opusă braţului ridicat şi să inspire profund. Când Michael a făcut asta, pulsul a dispărut. Când a privit din nou înainte, pulsul a reapărut. A repetat manevra. Din nou, pulsul a dispărut când pacientul a întors capul şi a inspirat. Duffy a bănuit imediat care era cauza cheagului.

Vasele care poartă sângele de la inimă înspre şi dinspre umeri şi braţe trebuie să treacă pe sub claviculă şi pe deasupra cutiei toracice – printr-un spaţiu foarte îngust. Prezenţa unei coaste suplimentare sau hipertrofia musculară a umerilor sau a gâtului poate îngusta şi mai mult acest spaţiu. Această problemă, cunoscută drept sindrom de apertură toracică, este cel mai frecvent întâlnită la tinerii atleţi care îşi folosesc intens extremităţile superioare – aruncătorii de la baseball sau halterofilii – sau la cei care lucrează cu braţele deasupra nivelului umerilor – zugravi, cei care lipesc afişe sau profesori care scriu la tablă. La cei care suferă de această boală, atunci când braţul este ridicat, oasele sau muşchii suplimentari îngustează spaţiul dintre cele

două structuri, iar vasele care trec printre ele pot fi blocate. Acest pacient era atât halterofil, cât şi profesor. Întrunea condiţiile perfecte.

Duffy a demarat procedurile ca să îşi confirme diagnosticul şi să elimine orice altă cauză a cheagului. Analiza sângelui a eliminat hemoglobinuria paroxistică nocturnă. I-a făcut examen IRM cardiac, care nu a descoperit nicio tumoră. Un examen IRM făcut în timp ce pacientul stătea cu braţele deasupra capului şi capul întors într-o parte – manevra pe care o efectuase pentru dr. Duffy – a arătat că una dintre venele mari care duce sângele de la braţe la inimă era parţial obstrucţionată. Duffy avusese dreptate. A trimis pacientul la un chirurg care avea experienţă cu această operaţie neobişnuită şi dificilă, iar vara următoare pacientului i-a fost scoasă prima coastă din fiecare parte. Iarna următoare a putut să renunţe să mai ia warfarin. Asta a fost în urmă cu patru ani. De atunci nu a mai avut niciun simptom.

Valoarea oricărui test sau a oricărei examinări rezidă în capacitatea acestora de a indica într-un mod credibil prezenţa sau absenţa bolii. După ce am publicat această poveste, mulţi doctori mi-au scris punând la îndoială acurateţea testului efectuat de Tom Duffy, manevra cunoscută sub numele de testul Adson. Am cercetat literatura pe acest subiect, iar doctorii aveau dreptate – nu exista aşa ceva. Pur şi simplu, manevra nu fusese studiată.

Cu alte cuvinte, nimeni nu ştie cu adevărat cât de bun este testul.

Pe de altă parte, testul a fost rapid şi convenabil A fost uşor de efectuat şi nu a implicat niciun risc. Unul dintre doctorii care mi-au scris despre acest test mi-a oferit următoarea perspectivă: „Nu contează prea mult dacă manevra Adson este sau nu precisă. Rămâne faptul că Duffy s-a gândit la acel diagnostic – iar dacă manevra l-a ajutat să facă asta, atunci e un test bun”.

Şi totuşi, dacă o examinare anume nu este de încredere, cum pot aprecia doctorii rezultatele pe care le obţin? Se pot baza pe constatările lor? Dacă examinarea sugerează prezenţa unui diagnostic anume, se va confirma acesta? Sau dacă, dimpotrivă, sugerează că pacientul nu are acea boală, putem să o eliminăm?

Ştim cât de bine funcţionează diferitele teste tehnologice. De exemplu, s-a demonstrat că o ecografie este mai puţin precisă decât o tomografie. Iar doctorii pot lua asta în calcul atunci când evaluează rezultatele testului – mai ales dacă acele constatări pe care le fac nu confirmă intuiţiile lor de diagnosticare. Dar nu avem genul acesta de date pentru multe teste care intră în procesul examinării fizice.

Şi chiar şi pentru cele pentru care avem testări obiective, adesea rezultatele nu sunt predate. Consecinţa este că, atunci când efectuăm examinarea fizică, nu avem nicio idee câtă încredere să acordăm aspectelor pe care le descoperim. Incertitudinea poate duce la un

diagnostic greşit. Mult mai adesea, îi determină pe doctori să ignore sau să omită examinarea fizică şi rezultatele ei şi să sară direct la testele în care au mai multă încredere.

„Adevărata problemă, spune dr. Steven Megee, care a adunat şi a revizuit mare parte din cercetările asupra examinării fizice, este că există toată această tradiţie transmisă nouă, iar sărmanii noştri studenţi la Medicină încearcă să o înveţe pe toată. Apoi află că o anumită parte a ei nu funcţionează şi o resping în întregime. Adevărul este că există multe lucruri nu prea utile în examinarea fizică.

Dar există părţi care sunt esenţiale, care chiar salvează vieţi” Megee face parte dintr-un curent de cercetare care ia amploare, care încearcă să evalueze utilitatea diferitelor componente ale examinării fizice.

Examinarea fizică nu este perfectă, mi-a spus Megee, iar în ziua de azi noi suntem foarte conştienţi de asta. „Constatările noastre în urma examinării fizice par să fie nuanţe de gri, în timp ce rezultatele analizelor apar, literal, în alb şi negru.” Când comparăm propria noastră incertitudine cu încrederea pe care o resimţim atunci când privim o foaie de hârtie – ei bine, nu e de mirare că preferăm analizele. „Dar ceea ce nu se vede pe acea foaie de hârtie şi ceea ce uităm adesea este că analizele în care ne-am pus încrederea nu sunt nici ele perfecte.” Să luăm radiografia toracică. Cât de precisă este ea? Unul dintre aspectele fundamentale pe care le căutăm într-o radiografie a pieptului este în legătură cu mărimea inimii – este normală sau nu?

O întrebare directă, iar radiografia pieptului ar trebui să indice asta în mod clar. Dar, dincolo de asta, dacă aceeaşi radiografie este citită de mai mulţi radiologi, cât de des vor fi ei de acord asupra acestui aspect fundamental?

Statisticienii măsoară gradul mai mic sau mai mare în care oamenii sunt de acord în privinţa a ceva printr-un instrument numit statistică de tip kappa. Aceasta ia în considerare faptul că uneori, chiar şi în privinţa unui eveniment aleatoriu precum aruncarea unei monede, doi oameni vor fi de acord sau vor obţine acelaşi rezultat datorită simplei întâmplări. Pentru a descoperi gradele reale în care oamenii sunt de acord în legătură cu ceva, trebuie să luăm în calcul situaţiile în care gradele respective sunt determinate de hazard. Astfel, pentru a utiliza exemplul a doi oameni care dau cu banul, simpla întâmplare va face ca ambele monede să cadă pe aceeaşi parte în jumătate din cazuri. Dacă cele două monede sunt de acord mai des sau mai rar, aceea este statistica de tip kappa. Nu te aştepţi la un acord mai mare de 50%, astfel că cei doi oameni care dau cu banul ar trebui să aibă o statistică de tip kappa egală cu 0. Pe de altă parte, dacă două persoane privesc fie la o carte de joc roşie, fie la una albastră, şi

niciuna dintre ele nu e daltonistă, te aştepţi să fie de acord practic de fiecare dată. Statistica lor kappa s-ar apropia de 100.

Deci cum se descurcă radiologii atunci când determină dacă o inimă este de mărime normală sau nu? Statistica lor kappa este 48. Cu alte cuvinte, de îndată ce acordul întâmplător este luat în calcul, există mari şanse ca doi radiologi să fie în dezacord cel puţin uneori. Acelaşi tip de dezacord apare şi în alte tipuri de radiologie – problemele privind mamografiile au fost cel mai bine descrise. Cercetătorii au calculat statistica lor kappa la 47. Interpretările mamografiilor corespund cam în 78% din cazuri. Patologia este o altă zonă de dezacorduri bine-cunoscute.

Până şi analizele de laborator sunt departe de a fi perfecte. *Clostridium difficile* este o bacterie care provoacă diaree gravă şi necesită tratament cu antibiotice. Diagnosticul este confirmat prin detectarea în scaun a unei toxine produse de această bacterie. Când testul e pozitiv, poţi fi sigur că pacientul are boala. Când testul e negativ însă, nu este nici pe departe clar că pacientul nu are această infecţie. Studiile arată că până la o treime dintre pacienţii care prezintă această infecţie vor avea totuşi un rezultat negativ la test. Deoarece este un diagnostic important de pus, practica obişnuită din spital este de a repeta testul de trei ori. Doar când toate trei testele sunt negative poţi fi sigur că pacientul nu are această infecţie potenţial mortală.

În cele din urmă, spune Megee, am ajuns la o situaţie în care rezultatele analizelor au prea multă credibilitate, iar părţile bune ale examinării fizice au prea puţină. Niciuna dintre cele două variante nu e bună pentru pacient. Şi uităm că, pentru multe boli, diagnosticul standard este încă examinarea fizică: nu există niciun test mai bun decât examinarea fizică pentru diagnosticarea bolii Parkinson sau Lou Gehrig. La fel în cazul multor boli de piele. Trebuie să înlăturăm componentele inutile ale examinării fizice. Nu mai predaţi acele părţi, spune Megee. Restul poate juca un rol important în diagnosticare. Ne pierdem abilităţile, sugerează Megee, în dauna pacientului.

David Sackett, un doctor canadian considerat părintele medicinei bazate pe probe, a fost unul dintre cei mai influenţi avocaţi ai unei abordări a examinării fizice bazată în mai mare măsură pe probe. În anii 1990, el a început să lucreze cu *Journal of the American Medical Association* pentru a produce o serie de articole numită *Examinarea clinică raţională*. Fiecare articol din serie pune o întrebare: are acest pacient (o anumită boală)? Articolul trece în revistă părţi ale anamnezei şi ale examinării fizice iar apoi oferă doctorului o anumită măsurătoare a acurateţei şi a preciziei testului. Primul articol avea ca subiect ascita – acumularea de fluid în cavitatea abdominală. În anii scurşi de atunci articolele au tratat despre orice de la astm la

apendicită. Seria a avut un succes enorm, fiind citită şi citată cu fervoare de către doctorii îndelung frustraţi de inconsecvenţele examinării fizice.

De exemplu, mi s-a spus că etalonul de aur al examinării fizice pentru depistarea ascitei este simptomul „burţii umflate”. Această procedură presupune să îi ceri pacientului să se aşeze în patru labe, ca şi cum s-ar juca de-a calul cu un copii. Teoretic, lichidul din abdomen care poate circula liber ar trebui să se strângă în partea de jos a burţii – partea care atârnă. Lovind această parte cu un deget, auzi un sunet înfundat dacă acolo e lichid şi un sunet de tobă dacă sunt doar intestine. Se pare însă că testul acesta stânjenitor şi inconfortabil nu este prea util. S-a demonstrat a fi mult mai eficient un test de depistare a lichidului în timp ce pacientul este întins pe spate. Pacientul îşi pune mâinile pe mijlocul abdomenului, ţinând nemişcat stratul de grăsime subcutanată, iar doctorul bate tare cu degetul într-o parte a abdomenului, în timp ce palpează cealaltă parte. Dacă în abdomen există lichid, îl simţi cum se loveşte de peretele interior al abdomenului. Dacă e doar grăsime abdominală, nu simţi nicio mişcare.

M-am dus să-l ascult pe Steven Megee vorbind ia o întrunire organizată de American College of Physicians. Încăperea mare era plină până la refuz. După prezentare, Megee, un bărbat mic şi îngrijit, cu o figură de cucuvea, cu ochelari cu ramă de baga ascunzându-i ochii, a urcat pe scenă. A vorbit cu o voce calmă de bariton despre încercarea lui de a face din examinarea fizică un procedeu care merită efectuat. Uneori, examinarea îţi oferă tot ce ai nevoie pentru a pune un diagnostic. Alteori, a spus el, îţi va arăta ceea ce pacientul nu are. Trebuie doar să ştii pe care părţi te poţi baza. „Câţi dintre voi folosesc testul Tinel atunci când consultaţi un pacient cu amorţeală şi furnicături ale mâinii?”, a întrebat el publicul. S-au ridicat mai multe mâini. Veşti proaste, a spus el. Nu e un test bun. A-i cere pacientului să arate unde anume pe mână apar simptomele este un test mai bun. Cei cu tunel carpian vor arăta, probabil, spre degetul mare şi următoarele două. Descoperirea sensibilităţii atenuate la degetul mare şi următoarele două este o tehnică rapidă şi simplă care te poate ajuta să pui acel diagnostic.

Scopul lui, a spus Megee publicului, este de a-i ajuta pe doctori să examineze pacienţii cu mai multă încredere şi acurateţe. „Odată versaţi în diagnosticarea fizică bazată pe probe, clinicienii pot elucida apoi multe întrebări importante la momentul şi în locul în care sunt formulate pentru prima oară – lângă patul bolnavului.”

După ce prezentarea lui s-a sfârşit, am auzit frânturi de conversaţie în timp ce publicul ieşea din sală ca să meargă la următoarea prelegere. Exista entuziasm şi speranţă în dezbaterile pasionate

despre acurateţea şi validitatea testelor preferate legate de examinare fizică. În timp ce ieşeam pe uşile duble în holul aglomerat, am ajuns în spatele unui grup de doctori tineri şi am auzit scurta lor conversaţie despre prelegere. Un doctor înalt şi brunet i-a dat un cot prietenului său şi i-a zis simplu: „Ca şi cum...”

Apoi a râs. Nu i-am văzut faţa, dar sensul era clar: de parcă această cercetare ar putea schimba faptul împlinit al morţii examinării fizice. Ceilalţi au râs şi ei. Un altul din grup a spus: „Ca şi cum aş renunţa să fac analize”. Era încă o dovadă clară a naturii conservatoare a doctorilor. Schimbarea acestui statu-quo va fi o provocare.

M-am gândit din nou la cumnata mea, Joanie, care se oferise să mă înveţe pe cancerul ei. Gestul sugera că ea avea mult mai multă încredere în diagnosticul stabilit prin examinarea fizică decât mai toată lumea din acea sală. I-ar fi păsat ei oare dacă acele abilităţi ar fi fost lăsate să moară? Ar fi observat măcar? Este posibil ca simpla aducere la zi a instrumentarului tehnicilor noastre de examinare fizică – eliminându-le pe cele care nu funcţionează şi perfecţionându-le pe cele care funcţionează – să fie suficientă pentru reanimarea corpusului examinării fizice? Dacă nu, de ce altceva ar putea fi nevoie?

Capitolul 7

În miezul problemei

M-am aplecat în faţă, în scaunul pe care stăteam, şi am împins mai bine în urechi olivele din plastic ieftin ale stetoscopului. Auzeam bătaia dublă normală a inimii, dar mai era un sunet – unul pe care nu îl recunoşteam. Era un sunet încet şi hârşâit – regulat, ritmic, susţinut – ca un percuţionist care bate ritmul pe o suprafaţă rugoasă.

La capătul stetoscopului pe care în mod normal îl plasam pe pieptul pacientului, discul de mărimea unei monede de argint de un dolar lipsea. În locul lui era o cutie mică şi neagră din plastic ieftin, cam de mărimea unui pachet de ţigări. Era un aparat de radio mic, iar sunetele pe care le auzeam prin olive îmi erau transmise mie.

Ce este acest sunet? Ar trebui să-l ştiu.

Stăteam alături de alţi aproximativ doisprezece doctori ascultând concentrată, încercând să identific cauzele acelor sunete anormale. Toţi eram absolvenţi de medicină, cu câţiva ani de pregătire de specialitate şi practică la buzunar, veniţi la un curs predat la o conferinţă organizată de American College of Physicians, ca să reînvăţăm unul dintre elementele fundamentale ale examinării fizice – examinarea inimii. Am privit scurt la femeia de lângă mine; părul ei grizonat şi ondulat încadra o frunte încreţită de concentrare. Mi-a văzut privirea şi a zâmbit timid. În mod evident, şi ea era încurcată. Un tip mai tânăr, cu ochelari foarte mari, privea concentrat în podea.

— Cine poate să-mi spună ceva despre ceea ce auzim? a întrebat dr. Vivian Obeso, conducătoarea cursului.

A cercetat feţele celor aproximativ doisprezece doctori care stăteau în faţa ei, de cealaltă parte a unui manechin în mărime naturală înfăţişând un bărbat tânăr. Avea pieptul deschis, restul era acoperit cu un cearşaf, iar picioarele de plastic îi erau amputate de la jumătatea coapsei. Discurile care lipseau de la stetoscoapele noastre stăteau pe partea din stânga sus a pieptului manechinului, la aproape zece centimetri sub claviculă, arătând de unde ar proveni sunetul dacă acel manechin de plastic ar fi fost un pacient viu. Clasa cu număr mic de oameni era tăcută, în ciuda vârstei şi a anilor de experienţă ai majorităţii doctorilor, s-a lăsat o tăcere stânjenitoare, în timp ce ezitam să răspundem – era exact ca în clasa a şasea.

Ştiam din propria mea experienţă de predare la doctorii rezidenţi că adesea e greu să-ţi dai seama ce înseamnă acea tăcere. Este întrebarea prea grea? Sau prea uşoară? Ambele provoacă aceeaşi tăcere stânjenitoare. Încă nu recunoscusem sunetul inimii şi bănuiam că asta era valabil şi pentru ceilalţi.

— Bine. Nu-mi spuneţi ceea ce credeţi că este – o să ajungem şi la asta. Doar descrieţi sunetul, a încercat din nou Obeso. În primul rând, când apare? Este sistolic sau diastolic?

O bătaie a inimii normală are două sunete separate de un foarte scurt interval care de regulă este unul de linişte – cele două bătăi şi pauza dintre ele sunt numite sistolă (de la grecescul *systole*, care înseamnă contracţie, denumire dată de William Harvey în secolul al XVII-lea, atunci când a descris pentru prima oară mişcarea circulară a sângelui în corp). Acestea sunt sunetele produse atunci când inima pompează sângele în plămâni (partea dreaptă a inimii face această operaţiune) şi în sistemul circulator general (funcţie de care este responsabilă partea stângă a inimii). Această dublă bătaie, a cărei onomatopee este tic-tac, este urmată de o altă pauză, una adesea mai lungă decât prima, în timpul pauzei dintre tic-tacuri, sângele se întoarce în inimă, umplând din nou fiecare parte înaintea următoarei contracţii. Această pauză mai lungă este numită diastolă (de la cuvântul grec pentru dilatare, deoarece inima se măreşte în timp ce se relaxează şi se umple cu sânge). Fiindcă procesele din aceste două faze sunt atât de diferite, sunetele inimii sunt de regulă identificate prin momentul în care apar în acest ciclu.

— Cine poate să-mi spună? Sistolic sau diastolic?

Femeia de lângă mine a ridicat privirea.

— Ambele, a răspuns ea calm.

— Corect. A auzit toată lumea? Este şi o componentă sistolică şi una diastolică.

Am ascultat din nou. Într-adevăr, sunetul fâşâitor se auzea între tic şi tac, dar apoi reapărea în intervalul dintre bătăi.

Profesoara a continuat:

— Pacientul este un bărbat tânăr care vine la camera de gardă plângându-se de dureri de piept. Aceasta este examinarea inimii lui. Puteţi descrie sunetul?

Un tânăr din primul rând a ridicat privirea.

— E hârşâit, a spus el.

— Absolut corect, a dat din cap Obeso. Deci ce este? Există trei componente ale acestui sunet. Nu le auziţi mereu pe toate trei, dar chiar şi numai două vă permit să puneţi diagnosticul.

Trei componente? A, da. Nu recunoscusem sunetul, dar recunoscusem descrierea. Trebuie să fie pericardită.

Cineva din primul rând a rostit ceva, însă n-am auzit ce anume.

— Corect, a spus dr. Obeso, arătându-şi zâmbetul ei remarcabil de alb. E pericardită. Ceea ce auziţi este frecarea pericardică – rezultatul frecării dintre un pericard [sacul în care stă inima] inflamat şi muşchii netezi ai inimii. Iată încă un pacient cu acelaşi tip de frecare.

Am ascultat din nou, o altă înregistrare, încercând să înmagazinăm sunetul undeva în mintea noastră, astfel încât să-l putem recunoaşte dacă şi când un pacient cu o inimă care bate astfel ne va intra într-o bună zi în cabinet.

American College of Physicians a început aceste cursuri de reîmprospătare a abilităţilor clinice în 1995, doar cu o bibliotecă de titluri de referinţă şi câteva calculatoare. Actualul director al laboratorului, dr. Patrick Alguire, a început să predea prima oară în laborator câţiva ani mai târziu, când colegiul a decis să adauge un curs despre biopsie şi sutură – proceduri chirurgicale pe care mulţi internişti le fac suficient de rar, astfel încât e nevoie de o împrospătare. Dar, spune Alguire, în curând a devenit evident că doctorii voiau ajutor nu doar la aceste proceduri neobişnuite, dar şi în legătură cu nişte abilităţi pe care trebuiau să le folosească mult mai des.

Mai întâi au adăugat cursuri de examinare a sânului şi examinări genitale, folosind instructori-pacienţi care să predea aceste proceduri pe propriile lor corpuri – o inovaţie deja obişnuită în Facultăţile de Medicină. De-a lungul următorilor câţiva ani, au adăugat cursuri despre cum trebuie examinate diferite părţi ale corpului: muşchii şi articulaţiile, ochii, glanda tiroidă.

Diversificarea programei, spune Alguire, a fost un răspuns la faptul tot mai evident că doctorii începeau să practice având lacune importante în ceea ce priveşte abilităţile lor clinice, lacune care erau greu de umplut doar prin citit. „Am văzut chiar de la primul curs că era o nevoie imensă de genul acesta de învăţare practică. Când termini pregătirea începi să practici şi dintr-odată te confrunţi cu toate chestiile astea pe care poate că nu le-ai învăţat – sau nu le-ai învăţat suficient de bine. Sunt chestiile despre care nu ştii că nu le ştii – până când ai nevoie de ele. Aceasta a fost forţa motrice din spatele centrului."

Probabil nu e surprinzător, spune Alguire, că majoritatea elevilor centrului sunt tineri – doctori sub 40 sau sub 50 de ani.

Acesta este primul an în care centrul a oferit cursuri de examinare cardiacă. Alguire căutase timp de câţiva ani o modalitate de a o include, dar nu găsise o metodă de predare bună. Apoi l-a văzut pe Harvey – manechinul electronic cu care îmi petrecusem dimineaţa. S-a gândit că ar fi perfect pentru doctorii care ceruseră ajutor referitor la examinarea cardiacă. În timpul conferinţei din acel an au fost oferite şapte cursuri. Toate erau complet ocupate; majoritatea aveau liste de aşteptare. Se spunea că merită să stai la coadă pentru cazul în care rămâne un loc neocupat, că era o modalitate eficientă de a-ţi îmbunătăţi rapid abilităţile de examinare cardiacă.

Manechinul în mărime naturală este capabil să simuleze o mulţime de boli diferite ale inimii, oferind înregistrări digitale de calitate ale sunetelor cardiace anormale. Poate arăta pulsul arterelor gâtului şi pe piept, locul în care inima bate cel mai puternic. Reproduce diferenţele de sunet în funcţie de locul de pe piept pe care este plasat microfonul.

Toate aceste caracteristici sunt indicii esenţiale pentru diagnosticarea unei largi varietăţi de boli ale inimii. Şi, spre deosebire de pregătirea cu mijloace improvizate din spital, acest Harvey poate preda orice – e un fel de magazin universal al examinării cardiace.

Ascultarea este cel de-al treilea şi ultimul simţ pe care îl folosim în mod obişnuit în examinarea fizică. Doctorii ascultă adesea plămânii şi intestinele. Ne străduim să ascultăm primul şi ultimul sunet al sângelui care se strecoară prin arterele îngustate de aparatul de măsurat tensiunea arterială, încercând să detectăm hipertensiunea. Ascultăm vasele gâtului, căutând blocaje patologice ale arterelor care transportă sângele de la inimă la creier, o sursă potenţială de atac cerebral. Apăsăm cu putere stetoscopul pe burtă, lângă şi deasupra buricului, pentru a depista turbulenţe în curgerea sângelui spre rinichi – o cauză a hipertensiunii arteriale care rezistă medicaţiei antihipertensive de rutină. Dar în primul rând ne folosim stetoscoapele pentru a asculta bătăile inimii. Detectarea deviaţiilor de la tic-tacul aşteptat este unul dintre cele mai vechi şi mai preţioase instrumente pe care le avem pentru diagnosticarea bolilor de inimă importante care, uneori, pun în pericol viaţa.

În multe feluri, examinarea inimii este un simbol al întregii examinări fizice. Nu este cea mai complicată examinare – examinarea neurologică este probabil cea mai complexă. Nu este nici cea mai dificilă din punct de vedere tehnic – cercetarea retinei oculare ar putea primi acest premiu. Şi nu este nici cea care necesită cel mai mult timp — asta probabil că ar fi examinarea psihiatrică. Dar examinarea inimii a fost prima examinare creată de medicina modernă, cel mai puternic legată de rolul medicului de diagnostician şi curant.

Mai mult, examinarea inimii este un exerciţiu subtil, care necesită abilităţi evoluate de detectare a deviaţiilor fine de la sunetele normale ale inimii. O înţelegere profundă a anatomiei şi fiziologiei inimii şi a sistemului circulator este esenţială pentru interpretarea acestor deviaţii tăcute şi pentru identificarea leziunii sugerate de ele. În această calitate, a funcţionat precum legendarul canar din mină, fiind primul semn de alarmă că abilităţile şi interesul faţă de examinarea fizică ale doctorilor dispar.

Salvatore Mangione a ales să testeze examinarea inimii în studiul lui din 1992 asupra abilităţilor doctorilor nu doar pentru că era o zonă în care el observase aspecte nesatisfăcătoare, dar şi din cauza acestei poziţii a ei în panteonul capacităţilor de examinare. O descrie ca fiind „vârful aisbergului" examinării fizice – cea mai vizibilă componentă, pentru doctori şi pacienţi deopotrivă, a acestei practici mult mai largi, această ştiinţă senzorială a corpului, examinarea fizică. Tehnologia

erodează, topeşte această parte străveche, imensă şi esenţială a modului în care doctorul cunoaşte corpul uman.

Dacă şi când examinarea fizică va fi salvată, spune Mangione, ne vom da seama atunci când examinarea cardiacă îşi va redobândi importanţa, definindu-l pe doctorul bine pregătit, cu abilităţi foarte bune.

Un alt mod de a asculta

În prima mea zi la Facultatea de Medicină, am primit halatul alb scurt care semnifica statutul meu de student şi primul meu stetoscop. Aceste două simboluri ale debutului meu în medicină au fost prezentate în moduri diferite. Halatul alb mi-a fost oferit în cadrul unei ceremonii dintr-o dimineaţă splendidă de septembrie, în 1992. O sală scăldată de soare era plină de scaune pliabile pentru mine, cei nouăzeci şi nouă de colegi ai mei şi familiile noastre.

Cei doi decani ai Yale Medical School, Gerald Burrow, decanul Facultăţii de Medicină, şi Robert Gifford, decanul studenţilor, stăteau în faţa sălii, urându-ne bun venit în această profesiune. Soarele intra printr-un perete de sticlă, reflectându-se în podelele de lemn lustruite ale sălii şi inundând încăperea în lumină. După câteva cuvinte de bun venit, decanul Gifford a explicat că halatul alb pe care urma să îl primim indica statutul nostru de studenţi la Medicină; acesta urma să fie înlocuit peste patru ani, la absolvire, cu un halat lung care semnifica rolul nostru de doctori şi profesori deplini. Apoi fiecare dintre noi a fost strigat pentru a veni în faţa sălii ca să-şi primească haina albă. În timp ce ne apropiam pe culoar era citită o scurtă biografie, prima prezentare în faţa colegilor noştri pentru următorii patru ani.

Soţul meu m-a strâns de mână atunci când numele şi recomandările mele au fost anunţate, iar eu m-am strecurat pe rândul de scaune, am străbătut culoarul, am. Îmbrăcat halatul alb şi scrobit şi mi-am luat locul printre noii mei colegi. Feţele tuturor străluceau de mândrie şi însufleţire. După ce ultimul nume a fost anunţat, corpul profesoral şi familiile noastre ne-au aplaudat împreună. A fost un moment magnific.

Primul meu stetoscop şi-a făcut, în ziua aceea, o intrare mult mai umilă în viaţa mea. După ceremonie, am fost trimişi să finalizăm procedurile complexe de înregistrare. După completarea şi semnarea unui teanc de formulare, am primit orarele şi cheile cutiilor noastre poştale. Acestea dădeau deja pe dinafară de pachetele obişnuite de bun venit – liste de cursuri şi cărţi, alte formulare de completat pentru bibliotecă şi legitimaţii, manuale despre regulamente şi proceduri, cârduri de reduceri de la magazinele din zonă şi reclame la diversele instrumente specifice acestei profesiuni – şi stetoscopul.

Stetoscopul însuşi era una dintre aceste reclame – era cadou de la Eli Lilly. Dacă aş primi astăzi acest cadou, aş avea sentimente diferite faţă de el, dar asta se întâmpla înainte ca eu să mă fi gândit prea mult la semnificaţia acestor cadouri din partea industriei farmaceutice. Era într-o cutie albă, îngustă, cu numele producătorului scris cu litere elegante. Aducea cu o cutie pentru bijuterii. Am lăsat totul jos şi am luat cutia. Înăuntru, stetoscopul era aşezat pe un suport din carton negru cu o formă potrivită pentru menţinerea fixă a instrumentului.

Când am scos stetoscopul din cutie, am fost impresionată de greutatea lui. Discul de la capăt era din crom lustruit. Numele companiei de medicamente era scris pe diafragmă – dar în acea primă zi nici măcar nu l-am văzut. Cauciucul gri şi strălucitor ieşea din disc şi se bifurca, terminându-se cu o porţiune de crom curbat şi două olive gri de cauciuc. În ciuda prezentării elegante, era un obiect industrial urât, şi totuşi îmi plăcea foarte mult. Pentru mine, era mult mai important decât halatul alb de la ceremonia de dimineaţă. Aceasta era adevărata dovadă a locului spre care mă îndreptam, dovada că la sfârşitul tuturor acestora mă aşteptau pacienţi şi vindecarea lor – la fel de aproape de mine pe cât de aproape era discul acela de olive.

Şi totuşi, când mă gândesc în urmă, îmi dau seama că acesta a fost primul indiciu referitor la statutul examinării fizice. Halatul alb, simbolul autorităţii, al cunoaşterii şi al progresului, reprezenta primirea oficială. Stetoscopul, simbolul examinării fizice a corpului, al rolului nostru de vindecători, era un mic cadou din partea industriei – ceva gratuit.

Acasă, după acea primă zi de şcoală, am scos din nou stetoscopul. Braţele lui argintii s-au încrucişat şi s-au lăsat în jos la fel de graţioase ca un dansator în poziţia de început. Am introdus olivele din cauciuc moale în ureche, aşteptându-mă să intre la locul lor. Nu au intrat. Am scos stetoscopul şi m-am uitat din nou la el. Am încercat încă o dată. Încă îl simţeam ciudat, inconfortabil pentru urechile mele. L-am învârtit de câteva ori, până când olivele mă priveau cruciş ca un marinar saşiu. Am încercat din nou.

De data aceasta, olivele se potriveau perfect, iar cauciucul moale s-a adaptat contururilor urechilor mele, astfel că toate celelalte sunete erau blocate.

Am pus discul argintiu deasupra inimii mele, cu capul înclinat, şi am ascultat. Nimic. Am stat liniştită. Tot nimic. Era oare stetoscopul defect?

Am respirat adânc. Asta am auzit. Am respirat din nou. Sunetul era clar, ca sunetul vântului care trece printr-o bucată de plastic găurită. Apoi am stat liniştită, ascultând şi iar ascultând. După un timp care a părut a fi o eternitate, am simţit mai degrabă decât am auzit o presiune înceată şi ritmică pe timpane. M-am concentrat asupra

ritmului şi în cele din urmă – nu ştiu cum – am reuşit să aud sunetul acum familiar de tic-tac. Instrumentul necesita un alt mod de a asculta.

Nu avea să fie atât de simplu pe cât părea.

Într-o altă dimineaţă, de data aceasta cu aproape două sute de ani în urmă, la Paris, un doctor tânăr cu numele delicat şi neobişnuit de Rene-Theophile-Hyacinthe Laennec se confrunta cu problema examinării unei femei tinere şi grăsuţe cu dureri de piept, suspectă de o afecţiune cardiacă. Era anul 1816. Problema era una de logistică şi de bună-cuviinţă: cum să evaluezi inima acestei tinere femei. Motoda recent inventată de a plasa urechea direct pe pieptul pacientului părea să fie atât ineficientă, cât şi necuvenită.

Alte tehnici de examinare, de asemenea nou descoperite – palparea – (pipăirea pieptului pentru cercetarea bătăilor inimii) şi percutarea (a bate cu degetul în piept, aşa cum baţi într-un pepene) – au fost încercate în acest caz, dar s-au dovedit inutile, a relatat Laennec, „din cauza nivelului mare al grăsimii."

„Mi-am amintit un bine cunoscut fenomen acustic", a scris Laennec câţiva ani mai târziu. „Dacă urechea este plasată la capătul unui buştean, baterea unui cui într-un capăt poate fi auzită foarte clar în celălalt. M-am gândit că această proprietate a corpurilor poate fi aplicată în cazul de faţă. Am luat un carneţel, l-am făcut sul şi, aplicând unul dintre capete pe zona precordială [pieptul] şi punând urechea la celălalt capăt, am fost pe cât de surprins, pe atât de satisfăcut să aud bătăile inimii mai clar şi mai distinct decât le auzisem vreodată prin aplicarea directă a urechii."

Utilitatea aparatului, denumit în cele din urmă stetoscop (de la grecescul *stethos*, piept), i-a fost imediat evidentă lui Laennec. Era prima evoluţie tehnologică ce-ţi permitea „să vezi" mecanismele interne ale corpului viu. Aparatul a avut performanţe atât de bune în transmiterea sunetelor din interiorul pieptului spre ureche, încât Laennec şi-a dedicat restul carierei unei înţelegeri mai profunde a instrumentului şi a corpului pe care el îl dezvăluia.

Pe vremea lui Laennec, bolile erau clasificate în principal pe baza simptomelor. O boală era definită prin senzaţiile subiective trăite de pacienţi. Doctorii nu examinau pacienţii; îi intervievau. Astfel, ceea ce constituia o „boală" era alcătuit dintr-un ansamblu de simptome subiective şi diferenţiat pe baza tipului de simptome, a succesiunii manifestării lor, a gravităţii şi ritmului lor. Semnele fizice – derivate din puls, pipăire şi observaţii ale pielii şi excreţiilor – contribuiau şi ele, dar erau mult mai puţin importante.

La începutul secolului al XIX-lea, au apărut două idei noi, în strânsă legătură, care aveau să schimbe pentru totdeauna medicina. Prima

era înţelegerea tot mai bună a faptului că boala era cauzată de tulburarea funcţionării unui organ individual. Un doctor şi profesor de anatomie italian, Giovanni Battista Morgagni, a publicat o carte intitulată *Despre aşezările şi cauzele bolilor investigate cu ajutorul anatomiei*, cu doar câţiva ani înainte de naşterea lui Laennec. Acest volum revoluţionar prezenta desene detaliate ale organelor bolnave şi apoi punea aceste anomalii în legătură cu afecţiuni cronice. Conexiunea dintre organele bolnave ascunse în corp şi bolile manifestate clinic a condus la cea de-a doua idee: dacă bolile erau cauzate de disfuncţiile organelor, atunci ele nu ar fi trebuit definite prin simptomele lor – prea multe boli prezentau simptome de acelaşi tip.

Dacă pacientul nu putea preciza despre ce organ era vorba – ceea ce era şi este adevărat – atunci doctorii trebuiau să găsească o cale de a identifica sursa bolii, independent de povestea pacientului. Pentru a face asta, ei s-au îndreptat spre corpul însuşi, spre examinarea fizică.

Această nouă generaţie de doctori respingea dependenţa de incertitudinea poveştii pacientului. Ei susţineau că bolile pot fi clasificate pe baza schimbărilor care pot fi percepute prin văz, pipăit, gust, miros şi auz de către doctor – schimbări care puteau fi detectate prin observare obiectivă, independent de relatarea subiectivă a pacientului.

Laennec era unul dintre liderii acestei restaurări revoluţionare a ideilor fundamentale ale medicinei. El folosea această nouă invenţie pentru a descoperi manifestări concrete şi obiective ale bolii. Alţii înaintea lui creaseră alte tehnici pe care Laennec le folosea şi el. Dar el a adus cea mai mare contribuţie la acest tip de medicină radical nou, nu doar oferindu-i primul ei instrument, ci şi făcând legătura dintre ceea ce putea el să vadă şi să asculte şi disfuncţia ascunsă din corp.

Laennec se afla în locul perfect pentru a face asta. Era directorul spitalului Necker, o mică instituţie de la periferia Parisului. Datorită poziţiei lui, putea să îi urmărească pe pacienţii spitalului şi să îi examineze pe parcursul întregii lor şederi în spital. Astfel, putea să coreleze mult prea adesea ceea ce descoperea la examinare cu ceea ce era dezvăluit la autopsie. Laennec a fost pionierul modalităţii de corelare a modificărilor patologice produse de boală în interiorul corpului şi informaţiile clinice – examinarea fizică – strânse din afara corpului. Lucrările lui au pus examinarea fizică în centrul abordării moderne a medicinei. Folosindu-şi ochii, urechile şi stetoscopul, doctorul a devenit un detectiv – deducând patologia dinăuntru în funcţie de observaţiile făcute în afară. Folosind indiciile oferite de simptomele descrise de pacient şi semnalele provocate şi observate

de medic, doctorul-detectiv era în măsură să prindă infractorul – procesul morbid din interiorul corpului.

Laennec îşi nota zilnic observaţiile făcute în urma examinării fizice a fiecărui pacient, urmărind cu atenţie modul în care examinarea se modifica în timp şi încorporând aceste constatări în cazurile descrise de el.

Când pacientul murea – ceea ce se întâmpla destul de des în cazul celor suficient de bolnavi pentru a merge la spital – Laennec putea să identifice cauza bolii şi simptomele care o dezvăluiseră. Odată ce făcuse această legătură dintre constatările examinării fizice şi cele ale autopsiei, Laennec era în măsură să stabilească un diagnostic cu o precizie rareori întâlnită în secolele anterioare de medicină. Multe dintre bolile pe care astăzi le identificăm în mod obişnuit prin examinarea fizică au fost descrise prima oară de Laennec.

De exemplu, el a fost primul care a diagnosticat emfizemul. Alţii sesizaseră şi ei natura distructivă a acestei boli la autopsie, dar Laennec a făcut legătura dintre simptome şi constatările fizice şi entitatea patologică.

Cazul era cel al unui fermier de treizeci şi şapte de ani care a fost internat în spital în 1818 din cauza dificultăţilor de respiraţie crescânde. Orice efort îl făcea să gâfâie şi să se sufoce. Mâinile, picioarele şi scrotul erau enorm de umflate, având o nuanţă de albastru – erau cianotice din cauza lipsei oxigenului. Laennec şi colegii lui mai văzuseră aceste simptome. Erau de regulă atribuite insuficienţei cardiace, atunci când inima devine prea slabă pentru a mai pompa în afară cantitatea de sânge trimisă înapoi de sistemul circulator, iar lichidul stagnează – acumulându-se în plămâni, abdomen şi extremităţi.

Povestea pacientului referitoare la agravarea dificultăţilor de respiraţie la orice efort, combinată cu probele clare ale acestui tip de acumulare a lichidului, îi convinsese pe doctorii de la Necker că tânărul fermier are insuficienţă cardiacă. Laennec nu a fost de acord cu această concluzie. S-a uitat la pieptul ca un butoi al pacientului – şi şi-a imaginat plămânii extrem de umflaţi pe care îi văzuse la cadavrele cu emfizem. A bătut cu degetul în piept şi l-a auzit cum rezonează – ceea ce sugera că plămânii erau plini cu aer – dar totuşi a observat că, atunci când asculta cu stetoscopul, foarte puţin aer se auzea intrând şi ieşind, când bărbatul respira. Bazându-se pe asta, Laennec a prezis că la autopsie se va dovedi că bărbatul avea o boală de plămâni, nu de inimă.

Nu a trebuit să aştepte prea mult ca să afle. Fermierul venise prima oară la Necker în mai; a murit cinci luni mai târziu – nu de inimă sau de plămâni, ci de variolă. Autopsia a arătat, exact cum prezisese Laennec, o inimă normală. La plămâni, însă, membrana delicată, ca o

dantelă, a ţesutului prin care circulă aerul era ruptă, lăsând găuri mari peste tot – constatarea de acum clasică în cazul emfizemului.

Unul dintre sunetele descrise şi înţelese pentru prima oară de Laennec este cel cauzat de stenoza mitrală – o îngustare patologică a uneia dintre valvele inimii. În acest sens, medicul prezintă povestea unui tânăr voinic, Louis Ponsard, un grădinar de şaisprezece ani, care a venit la spitalul lui Laennec plângându-se de „o senzaţie de apăsare şi palpitaţii." Era un om scund şi musculos care, potrivit lui Laennec, „avea toate aparenţele unei sănătăţi de fier". Ponsard i-a spus tânărului doctor că în urmă cu doi ani „căra nişte pământ cu roaba. A fost obligat să se oprească în toiul lucrului de bătăi violente ale inimii, dublate de apăsări, expectoraţii cu sânge şi hemoragie nazală, apărute fără niciun disconfort precedent". Simptomele au dispărut mai târziu, în ziua aceea, scrie Laennec, „dar reapăreau de fiecare dată când pacientul încerca să facă cel mai mic efort".

Când Laennec l-a examinat pe pacient, a observat o vibraţie subtilă a pieptului între bătăi, ceea ce se numeşte freamăt. Acesta era însoţit de un murmur pe care Laennec îl descrie ca fiind „un sunet [precum acela] produs de o pilă frecată de lemn". Pe baza acestor semne şi simptome, Laennec a postulat că tânărul suferea de „osificarea valvei mitrale", ceea ce numim astăzi stenoză sau îngustare a valvei mitrale. Când sângele iese din plămâni, el trece prin valva mitrală pentru a intra în ventriculul stâng, în drumul lui spre restul organismului. În această boală, pasajul devine îngust şi rigid. Atunci când este nevoie de mai mult sânge – în timpul efortului – valva normală se poate deschide mai larg, pentru a lăsa să treacă suplimentul de sânge. La acest tânăr valva era rigidă, ca osul, astfel că nu se putea mări pentru a permite trecerea unei cantităţi mai mari de sânge.

Acest mod de înţelegere a cazului respectiv i-a permis lui Laennec să trateze boala. Dacă problema era cantitatea de sânge prea mare pentru a trece prin valva îngustă, soluţia era reducerea cantităţii de sânge. Tânărului grădinar i s-a luat sânge de câteva ori, iar simptomele lui s-au ameliorat spectaculos.

Aceasta era probabil una dintre foarte puţinele boli pentru care tratamentul frecvent aplicat al luării de sânge putea să fie eficient. Desigur, tratamentul e doar temporar. Tânărul grădinar a trebuit să revină la Necker de mai multe ori, de-a lungul următorilor câţiva ani, pentru a i se lua sânge. Şi, în cele din urmă, a trebuit să-şi schimbe meseria. A devenit ajutorul unui preot şi, fiindcă muncea mai puţin, simptomele lui au devenit mult mai uşor de stăpânit. Laennec nu l-a mai văzut niciodată. Poate că a trăit fericit până la adânci bătrâneţi, deşi, dat fiind ceea ce ştim acum despre stenoza mitrală, este puţin probabil să fi supravieţuit mulţi ani după prima lui vizită la Necker.

Am învăţat despre stenoza mitrală la fel cum am învăţat despre atâtea alte lucruri din medicină – din propriile mele greşeli. De fapt, descoperirea lui Laennec a fost cea care m-a făcut să merg la cursul de scurtă durată de la conferinţa organizată de American College of Physicians. Ca şi ceilalţi aproximativ doisprezece doctori, eram acolo deoarece înţelesesem dintr-odată că, în ciuda anilor de pregătire şi practică, încă nu ştiam cum să efectuez o examinare corespunzătoare a inimii. Ca şi doctorii din lucrările pe care le citisem, nu puteam să recunosc unele dintre principalele anomalii ale inimii. Datorez această descoperire lui Susan Sukhoo.

Susan era o femeie zveltă de origine indiană, care se născuse şi crescuse în Guyana, apoi emigrase în Miami împreună cu soţul ei, în urmă cu aproximativ douăzeci de ani. Devenise pacienta mea când se mutase în Connecticut, ca să locuiască aproape de surorile sale, după ce se aflase că soţul ei avea o amantă. Avea cincizeci şi opt de ani şi o uşoară hipertensiune pe care o ţinea sub control cu ajutorul unui singur medicament, iar multe dintre şedinţele noastre anterioare se concentraseră asupra consecinţelor suferinţei şi depresiei ei.

Apoi a făcut astm.

A venit la cabinetul meu într-o dimineaţă îngheţată de decembrie, arătând ca de obicei – îmbrăcată simplu, dar cu o eleganţă discretă, în nişte jeanşi bine croiţi, un tricou viu colorat şi sacou. Un singur şirag de perle îmbrăţişa conturul claviculelor ei, punând în valoare un gât tineresc. Părul ei era prins într-un nod simplu la spate, iar negrul lui mai de-abia începea să arate urme de alb. Mi-a zâmbit timid când am intrat în cameră şi am salutat-o.

— Gâfâi, mi-a spus cu inflexiunile săltăreţe ale accentului ei guyanez-indian.

Nu înţelegeam clar ce vrea să spună.

— Când merg, mai ales atunci când e frig, încep să gâfâi, mi-a explicat.

Apoi, ca un prezentator de la emisiunea de radio *Car Talky* a început să imite sunetul muzical pe care îl auzea când respira. Şuiera.

„Gâfâirea” o trezea uneori noaptea din somn şi trebuia să se ridice în capul oaselor. Vreo câteva nopţi ajunsese să doarmă într-un fotoliu, pentru că simţea că întinsă nu mai poate respira. Nu avea dureri de piept, dar uneori, când inspira profund, simţea cum o strânge pieptul. Aceste episoade durau doar câteva minute. După ce dispăreau, mi-a spus ea, se simţea bine. Avusese de curând o infecţie a tractului respirator superior şi, după alte întrebări, m-am gândit că era posibil ca şuieratul să fi început în timp ce era bolnavă.

La examinare, tensiunea ei arterială era normală. Cantitatea de oxigen din sângele ei era bună.

Dar existau şuierături difuze pe toată suprafaţa celor doi plămâni. Respiraţia intra cu fâsâitul normal al aerului care trece printr-un tub. Dar la exalare, pieptul ei era plin de o varietate de sunete muzicale. Această cacofonie de înălţimi şi durate diferite suna ca o orchestră de trompete de jucărie, pregătindu-se înainte de spectacol. Altfel, concluziile examinării erau normale.

Şuieratul este provocat de o contracţie temporară a căilor respiratorii. Astmul este cea mai frecventă cauză a şuieratului, dar ar fi fost neobişnuit pentru o femeie de această vârstă să dezvolte brusc această boală, fără niciun fel de antecedente. Unele infecţii pot determina reacţia exagerată a căilor respiratorii la schimbările bruşte ale temperaturii sau al fluxului de aer, ceea ce poate produce şuieratul – mai ales atunci când treci de la căldura unei încăperi la aerul îngheţat de iarnă sau inspiri adânc şi brusc. I-am dat un inhalator care să atenueze reacţia exagerată a căilor respiratorii şi am asigurat-o că starea aceea probabil nu va dura mult. Şuieratul şi tuşea sunt simptome obişnuite după o răceală şi de obicei dispar după aproximativ o lună. Susan răcise cu câteva săptămâni în urmă, aşa că m-am gândit că se va face bine curând.

Când am văzut-o data următoare, câteva luni mai târziu, am întrebat-o despre şuierat. A, da, mi-a spus ea, „gâfâi în fiecare zi”. A inspirat adânc şi a expirat încet. Puteam auzi şuieratul din celălalt colţ al camerei. Inhalatorul era de ajutor, a adăugat ea, şi îl folosea aproape în fiecare zi. Nu eram sigură ce să cred. La facultate ne învaţă că „nu orice şuierat înseamnă astm”, dar ce era atunci? Era emfizem? Nu fumase niciodată, dar soţul ei da. Putea fi oare aşa-numitul şuierat cardiac, atunci când o inimă slăbită nu mai poate pompa tot sângele care vine spre ea, astfel că lichidul stagnează în plămâni, provocând şuieratul? Nu avusese nicio durere în piept, iar singurul factor de risc pentru un atac de cord (care îţi poate slăbi inima) era hipertensiunea, pe care o ţinuse sub control întotdeauna. Provenea dintr-o regiune în care tuberculoza este frecventă – putea fi oare asta o manifestare neobişnuită a tuberculozei?

I-am făcut un EKG, care era normal. Liniştită că nu făcuse un atac de cord neobservat, i-am făcut şi analize pentru tuberculoză. În plus, i-am cerut să facă şi alte analize în următoarele săptămâni, prin care încercam să identific cauzele şuieratului. Analizele funcţiei pulmonare aveau să ajute la distingerea astmului de emfizem sau boală cardiacă. Toate celelalte cauze posibile păreau mult prea puţin probabile în cazul acestei femei extrem de sănătoase. I-am dat de asemenea şi un alt inhalator, de data aceasta unul cu steroizi, care să reducă frecvenţa a ceea ce eu încă presupuneam că e un astm atipic.

A revenit la cabinet după o lună.

— A sunat cineva să vă spună că am fost la spital? m-a întrebat ea.

Nu auzisem nimic despre asta. Este o problemă veche în comunitatea în care lucrez. Atunci când un pacient se duce la spital – în special la celălalt spital din oraş – doctorul este adesea ultimul care află.

Se întâmplase în mijlocul nopţii, mi-a spus ea. Se trezise scăldată în sudoare şi simţind că se sufocă. Tuşea din adâncul pieptului. Inima îi bubuia atât de tare, încât simţea cum se clatină patul la fiecare bătaie. Senzaţia de apăsare în piept pe care o simţise atunci când descrisese pentru prima oară şuieratul revenise şi era mult mai rea decât fusese vreodată. S-a chinuit să ajungă la telefon – orice efort făcea ca pieptul să i se strângă şi mai mult. A plâns când a auzit sirena, atât de recunoscătoare era că în curând o va ajuta cineva. În ambulanţă şi la urgenţe i se dăduse Albuterol, un medicament care atenuează şuieratul la pacienţii cu astm. În mod normal ajută, dar în noaptea aceea nu părea să aibă vreun efect.

Un EKG a arătat că nu avea un atac de cord. O radiografie toracică a arătat că avea lichid în plămâni şi i s-a făcut o injecţie cu ceva despre care i s-a spus că o va ajuta să scape de lichidul suplimentar prin urinare. După o oră de la acea injecţie a început să se simtă mai bine.

A stat în spital trei zile, în timp ce doctorii ei încercau să-i identifice cauza lichidului din plămâni. Dr.

Eric Holmboe, un internist de la facultate, a diagnosticat-o la examinare. Rezidenţii lui îl sunaseră să-i spună despre o femeie de cincizeci şi opt de ani cu un astm prost tratat şi proaspăt diagnosticat şi, încă dinainte s-o vadă, Holmboe făcuse o listă de boli care puteau produce manifestări asemănătoare astmului. Orice ar fi fost, mi-a spus el, era în stare să parieze că nu e astm.

Atunci când i-a ascultat inima, a auzit murmurul pe care îl descrisese Laennec. Era un sunet încet, care putea fi uşor trecut cu vederea într-o cameră de gardă zgomotoasă. De fapt, şi el l-a putut auzi doar atunci când pacienta a stat întinsă pe partea stângă, astfel încât valva mitrală era mai aproape de suprafaţa pieptului. Şi totuşi, atunci când l-a auzit, şi-a dat seama că ea are stenoză mitrală.

O ecografie a inimii pacientei i-a confirmat diagnosticul. Sângele care în mod normal trece prin acea deschizătură, pentru a umple ventriculul stâng – principala cameră de pompare a inimii – nu mai putea trece prin orificiul acum minuscul. Deschizătura, de obicei de mărimea unei monede de cincizeci de cenţi, se comprimase, astfel încât era mai mică decât o monedă de zece cenţi. Sângele aflat în circulaţie nu putea să treacă tot, astfel că stagna, inundând plămânii cu lichid.

— Doctorul de la spital m-a întrebat dacă am avut cumva febră reumatică în copilărie, mi-a spus Susan, şi eu i-am spus că toată familia a avut. Dar uitasem de asta de mult.

Febra reumatică este o complicaţie inflamatorie a infecţiei streptococice – de obicei faringita streptococică. Cel mai adesea ţinta sunt articulaţiile. La câteva zile sau săptămâni după un caz netratat de faringită streptococică, pacientul va avea articulaţiile fierbinţi, umflate şi dureroase. Poate fi vorba de o singură articulaţie sau mai multe sau, în cel mai ciudat caz posibil, inflamaţia poate călători de la o articulaţie la alta. Acelaşi proces inflamator poate ataca şi inima. Adesea nu este detectat, deoarece nu produce niciun simptom – timp de ani de zile.

În cazul lui Susan, răul făcut când era copil începuse să-i mănânce încet valva, iar în momentul când făcuse „astm” valva era aproape complet închisă. O programaseră să primească o nouă valvă mitrală într-o lună, mi-a spus în ziua aceea.

Stenoza mitrală – de ce nu auzisem în timpul examinării inimii ei nimic care să indice această leziune serioasă? Mi-am pus stetoscopul pe pieptul ei, începând, aşa cum fusesem învăţată, din dreapta, şi avansând încet spre partea stângă a sternului, apoi în jos spre mijlocul cutiei toracice, apoi din nou la stânga înspre margine. Latura din stânga jos a pieptului e locul în care acest murmur particular este auzit de obicei; apoi migrează spre extremitatea stângă a corpului. Când am ajuns în partea din stânga jos am ascultat cu atenţie. Desluşeam cu greu ceva. Am pus-o să se aplece în faţă, astfel încât inima să se balanseze şi să se mai apropie puţin de peretele pieptului. Iată-l – un sunet moale, grav, care intervenea între bătăile inimii în diastolă, hârâit şi distonant foarte, foarte încet. Am ascultat spre marginea pieptului. Îl auzeam şi acolo. Acum.

La examinările anterioare îmi scăpase complet. Mi-am verificat notiţele – nicio menţiune a vreunui murmur. Era un sunet încet, iar eu nu făcusem genul de examinare minuţioasă pe care fusesem învăţată să o fac, aşa că nu îl auzisem. Mi-am încheiat consultaţia; i-am spus să mă anunţe când avea să se interneze în spital, iar eu voi veni să o vizitez.

În cele din urmă, problema lui Susan s-a rezolvat la sursă. Mica deschizătură a fost lărgită. Valva ei mitrală fibrozată a fost înlocuită cu o valvă metalică. Inima ei era ca nouă.

Acasă, în noaptea aceea şi în multe alte nopţi care au urmat, m-am gândit la acest diagnostic ratat. Toate acele luni de „gâfâieli” şi dificultăţi de respiraţie, iar eu o tratasem ca şi cum ea ar fi avut astm. Starea ei se înrăutăţea în faţa ochilor mei, pe măsură ce deschizătura valvei mitrale se îndrepta spre o fază critică. Mă tulbura să ştiu că şi eu aş fi putut să-mi dau seama ce e, dacă aş fi făcut o examinare

minuţioasă. Câte alte diagnostice ratasem din cauza unei examinări neadecvate a inimii? Şi nu sunt singura. Câte diagnostice am ratat cu toţii, din cauză că cei mai mulţi dintre noi habar n-avem ce e aceea o examinare corectă a inimii?

Să punem urechea la treabă

Dar dacă nu e vina noastră? Dacă atât de puţini doctori pot pune acest tip de diagnostic, poate că pur şi simplu nu este posibil altfel. Cât de eficientă e examinarea inimii pentru sesizarea acestor defecte, de fapt? Aşa cum e practicată acum, ştim că nu e prea eficientă.

Puţini doctori practicieni sau stagiari sunt în măsură să folosească procedeele de examinare cardiacă pentru a pune un diagnostic corect. În schimb, am ajuns să depindem de tehnologie, care trebuie să pună diagnosticul în locul nostru.

S-a demonstrat că ecocardiografia diagnostichează cu acurateţe multe dintre bolile pentru care înainte era eficientă examinarea inimii. Nu e de mirare atunci că numărul ecocardiogramelor a crescut atât de spectaculos: s-a dublat într-o perioadă de şapte ani – crescând de la 11 milioane pe an în 1996 la 21 de milioane în 2003. Într-un grup mare, polispecializat din Boston numărul lor a crescut cu peste 10% într-un singur an, 9% dintre toţi pacienţii consultaţi la cabinet făcând o ecocardiogramă. Oare pur şi simplu nu mai avem deloc încredere în capacitatea noastră de a efectua această examinare sau examinarea este fundamental defectuoasă şi trebuie abandonată? În realitate, studiile arată că examinarea cardiacă poate fi al naibii de bună, atunci când e efectuată corect. Într-un studiu, cinci cardiologi au concurat cu ecocardiografia în cazurile a cincizeci şi doi de pacienţi cu boli ale valvelor inimii cunoscute – unul dintre cele mai dificile şi importante diagnostice pe care le punem atunci când examinăm inima. Cardiologii trebuiau să identifice corect care dintre cele patru valve ale inimii era afectată şi să estimeze gravitatea afecţiunii. Fiecare pacient a fost evaluat şi prin ecocardiografie. Cum s-au descurcat cardiologii?

Ca în multe alte competiţii, maşina a câştigat. Ecocardiografia a avut dreptate în 95 până la 100% din cazuri. Însă doctorii au fost şi ei un concurent serios. Diagnosticele lor au fost corecte în 70 până la 90% din cazuri. Alte studii au produs rezultate similare. Este, cu siguranţă, mult mai bine decât în cazul actualului corp de medici, dacă e să dăm crezare studiilor lui Mangione. Se pune întrebarea – este asta suficient? Doctorii şi pacienţii deopotrivă ar spune probabil că nu. Urechea şi stetoscopul nu pot înlocui ecocardiografia în privinţa localizării sursei unui sunet anormal al inimii, atunci când este important.

Dar iată ce se întâmplă: nu toate sunetele anormale ale inimii sunt importante. Până la 50% dintre oamenii care prezintă un murmur la

nivelul inimii – cel mai frecvent sunet anormal al inimii – au inimi complet normale. Aceşti pacienţi nu au nevoie de testări suplimentare. Ceea ce ne trebuie, de fapt, sunt doctori capabili să distingă precis între cei care au nevoie de alte teste şi cei pentru care testele suplimentare sunt doar o irosire a timpului şi a banilor lor. Cât de bine ne descurcăm aici, unde chiar contează cu adevărat? Putem distinge între aceste murmure care au nevoie de evaluări ulterioare şi cele care sunt benigne sau inofensive? Cardiologii pot. Într-un studiu efectuat de Christine Attenhofer de la University Hospital din Zurich, cardiologii au identificat corect nouăzeci şi opt din o sută de pacienţi cu sunete patologice ale inimii. Pot medicii generalişti să ajungă la acest nivel? Oarecum surprinzător, există foarte puţine cercetări care să abordeze această întrebare importantă. Un studiu asupra specialiştilor în medicina de urgenţă sugerează că aceştia pot – deşi nu atât de bine ca subspecialiştii. În acest studiu, două sute de pacienţi prezentând murmure la nivelul inimii au fost evaluaţi de un specialist în medicina de urgenţă. Doctorul a întocmit anamneza, a examinat pacientul şi i-a făcut o radiografie toracică şi un EKG. Apoi a certificat – în scris – dacă pacientul avea nevoie de alte evaluări sau prezenta un murmur cardiac inofensiv. După această evaluare, toţi pacienţii au făcut ecocardiograme. Din două sute de pacienţi, 65% aveau rezultate normale şi, deci, murmure inofensive. Acei specialişti în medicina de urgenţă au fost în măsură să îi identifice pe cei care nu aveau nevoie de alte teste în nouă cazuri din zece, greşind mai ales prin trimiterea pentru evaluări ulterioare a prea multor pacienţi ce prezentau sunete cardiace normale. Dar au ratat paisprezece pacienţi care prezentau sunete anormale.

Putem deveni mai buni? Mai multe studii au fost făcute pentru evaluarea programelor menite să predea mai bine procedeele de examinare cardiacă. Deloc surprinzător, toate arătau că, dacă îi instruieşti pe medicii stagiari, aceştia vor învăţa. La un curs s-au folosit sunete înregistrate, pe care participanţii au trebuit să le asculte de cinci sute de ori. Scorurile obţinute au crescut de patru ori – de la un jalnic 20% de răspunsuri corecte la un respectabil 85%. În alte studii, studenţii au fost puşi să examineze pacienţi reali care prezentau o diversitate de murmure ale inimii. Studenţii respectivi şi-au dublat rezultatele la teste. Deci este o abilitate care poate fi învăţată. Avem instrumentele necesare pentru a recupera o versiune rezonabilă şi funcţională a examinării inimii. Întrebarea este, o vom şi face?

Carol Pfeiffer este o brunetă înaltă şi zveltă cu o voce răguşită şi un zâmbet cald. Stă în capul mesei dintr-o mică sală de conferinţe în care se înghesuie şase studenţi la Medicină din anul doi îmbrăcaţi în

halatele lor albe scurte. Câţiva dintre ei stau jos; alţii se plimbă încontinuu prin încăpere. Discută agitaţi, în timp ce aşteaptă. Tensiunea pluteşte în aer, ca un miros urât. Studenţii au venit să dea examenul de sfârşit de an, dar nu au niciun fel de foi de hârtie, creioane şi nu stau în bănci. Această examinare constă în întâlniri simulate cu şase pacienţi.

Pacienţii pe care îi vor consulta sunt actori adevăraţi care au fost pregătiţi să descrie una dintre cele 320 de probleme medicale pentru care vor fi testaţi studenţii. Carol este şefa Programului de Evaluare a Abilităţilor Medicale de la University of Connecticut. Ea le explică studenţilor neliniştiţi în ce constă testul, chiar dacă sunt familiarizaţi cu el – au dat un test similar la sfârşitul primului lor an şi au exersat procedurile medicale pe aceşti instructori-pacienţi de-a lungul primilor lor doi ani de facultate.

Testul este gândit în aşa fel să simuleze practica ambulatorie a unui doctor. Studenţii vor vizita şase camere, în ordinea primită pe fişa fiecăruia. În faţa uşii există un bilet cu plângerea principală a pacientului. Când se aude soneria, studenţii intră în camere şi încep să adune informaţiile esenţiale despre fiecare pacient. Îi fac anamneza, efectuează o examinarea fizică şi îi explică pacientului ce cred ei că are. După ce ies din cameră trebuie să scrie o scurtă evaluare medicală a pacientului.

Camerele au dotările obişnuite ale unui cabinet medical – un mic birou şi două scaune, o masă de examinare, un aparat de luat tensiunea, un termometru – plus unele aparate care de obicei nu se găsesc într-un cabinet – o cameră video mică şi un microfon. Întreaga întâlnire va fi înregistrată, iar studenţii şi profesorii lor o vor analiza după test. Carol le reaminteşte studenţilor cum funcţionează testul, apoi îi întreabă dacă sunt nelămuriri. Nefiind niciuna, le spune să iasă pe coridor, după colţ, şi să caute camera cu primul lor pacient.

O urmez pe Pfeiffer în ceea ce pare a fi camera de control a unui studio TV. Aceasta e dominată de un perete de monitoare mici alb-negru. Îmi pun o pereche de căşti şi mă conectez pentru a urmări una din întâlniri. Majoritatea scenariilor solicită studentului să recunoască o boală obişnuită şi să recomande analizele sau tratamentul adecvat. Într-una din camere există un tânăr care se plânge de probleme de respiraţie – anamneza lui dezvăluie că a intrat accidental în contact cu substanţe toxice la locul de muncă. Diagnostic: astm datorat unui accident profesional, în altă cameră, un bărbat de cincizeci şi ceva de ani se plânge de dureri de piept la fiecare efort făcut. Diagnostic probabil: angină instabilă. Unii au nevoie şi de diagnostic, şi de consiliere: o mamă îngrijorată vine cu fiica ei, care e răcită şi o doare urechea. Vrea antibiotice pentru fetiţa ei. Sarcina studentului e să îi explice de ce antibioticele nu sunt recomandate. Despre o femeie

tânără care se plânge de probleme cu somnul se descoperă că abuzează de alcool, ceea ce o expune riscului de boală şi dizabilitate asociate alcoolului. Sarcina studentului în acest caz este de a o consilia pe femeie în legătură cu riscurile implicate de comportamentul ei.

După ce privesc rapid în câteva camere, încep să urmăresc un tânăr care vorbeşte cu un pacient îndesat, cu păr grizonat. Studentul se prezintă şi se spală pe mâini, aşa cum a fost învăţat. Se aşază şi îl întreabă pe bărbat ce îl aduce acolo. E vorba de stomac, îi spune bărbatul lui Chris, tânărul viitor doctor. Din când în când, simte o durere care apare la aproximativ o oră după ce mănâncă. Nu se întâmplă de fiecare dată, dar cu câteva nopţi în urmă această durere l-a trezit şi era cât pe ce să se ducă la urgenţe, dar s-a hotărât să vină mai bine aici, la consultaţie. Durerea fusese acută şi constantă şi durase câteva ore. De data aceea i se părea că avea şi febră. Uneori avea diaree când apărea durerea.

În timp ce studentul pune întrebări, apar noi detalii. Uneori ia medicamente pentru diminuarea acidităţii, dar nu par să-l ajute deloc. Are impresia că durerea apare mai des după o masă cu mâncare grasă. În seara precedentă mâncase pui prăjit. Durerea pare să apară mai ales în partea dreaptă şi nu se agravează când se întinde în pat; nu a observat niciodată scaune negre sau maro-închis, ceea ce ar sugera un ulcer perforat. Studentul termină anamneza pacientului. Are hipertensiune şi ia două medicamente pentru asta; e căsătorit, lucrează într-un birou, nu fumează şi nu bea. De o vreme, îl preocupa intens starea sa de sănătate şi a slăbit zece kilograme în ultimele câteva luni. Puiul prăjit era o mică recompensă pentru sărbătorirea succesului.

Acum vine momentul examinării. Studentul, un tânăr solid cu păr castaniu şi o figură deschisă şi plăcută, îi cere bărbatului să se aşeze pe masa de examinare. Nu observă nimic anormal, până când ajunge la abdomen. Chris apasă delicat pe partea dreaptă, exact sub cutia toracică. Bărbatul geme de durere (simulată). Chris îi cere pacientului să inspire adânc şi, în timp ce acesta inhalează, apasă rapid pe aceeaşi zonă. Bărbatul geme din nou. Chris îi spune bărbatului de vârstă mijlocie că el crede că are un calcul la vezica biliară şi că durerea apare atunci când piatra blochează canalul care iese din vezica biliară. Va trebui să mai facă nişte analize pentru a putea confirma diagnosticul, conchide el oarecum vag. Studentul strânge din nou mâna bărbatului şi iese din cameră.

Privesc pe monitor cum „pacientul” deschide un sertar, din care scoate un formular şi un pix. Parcurge rapid răspunsurile cu da şi nu prin care îl evaluează pe student. Da, s-a prezentat, da, s-a spălat pe mâini. Nu, nu foloseşte tot timpul un limbaj simplu. Da, i-a examinat

abdomenul. Da, a ascultat pentru a detecta prezenţa unor zgomote intestinale şi a apăsat pe cadranul drept superior.

Dintr-odată se aude din nou o bătaie în uşă şi Chris revine în cameră. A uitat să facă o examinare rectală, îi spune el pacientului surprins. De fapt, astfel de examinări invazive nu se efectuează la aceste teste. În schimb, studentul îi spune pacientului că ar vrea să facă această examinare, iar pacientul îi dă un bilet pe care sunt scrise rezultatele testului. Examinarea rectală nu va mai avea loc.

„E prea târziu să soliciţi aşa ceva”, îi spune pacientul. „Ţi-a expirat timpul.”

După ce Chris termină de citit rezultatele, se întoarce încă o dată în camera pacientului. Acesta trece în revistă modul în care Chris s-a descurcat în timpul întâlnirii. Observă că a început bine, dar s-a încurcat în timp ce punea întrebări despre durere. „Nu te preocupa prea mult să te asiguri că pui absolut toate întrebările de pe listă”, îi spune el studentului. „Cunoşti acest material. Lasă instinctul să-ţi spună ce întrebări să pui.” Şi încă ceva. „Fii empatic cu pacientul. Odată ce ţi-ai dat seama unde e durerea, nu mai apăsa pe locul acela.”

După test l-am căutat pe Chris, în timp ce îşi lua rucsacul din sala de conferinţe. Sala era plină din nou, dar diferenţa era evidentă. Studenţii râdeau şi discutau despre greşelile pe care le făcuseră. Se simţea exaltarea de după eliminarea tensiunii. „Cel mai greu este că nu poţi să scrii nimic în timp ce eşti cu pacientul”, îmi spune Chris. „Trebuie să notezi totul în cap. Ştii, mi-e cumva groază de testele astea, dar cu toţii ştim că avem nevoie de ele.” Are de gând să facă chirurgie, dar adaugă imediat că asta nu înseamnă că nu trebuie să cunoască toate lucrurile acestea. „Şi chirurgii consultă pacienţi.”

Fără îndoială, aceste abilităţi se vor dovedi folositoare indiferent de specialitatea pe care o urmează un doctor. Dar aceşti studenţi vor trebui să stăpânească bine tehnicile de examinare cu mult înainte de a intra în specialitatea aleasă de ei. La sfârşitul celor patru ani de medicină, fiecăruia dintre aceşti studenţi îi vor fi testate exact aceste abilităţi, exact în acelaşi mod.

Începând cu 2004, tuturor studenţilor la Medicină li se solicită să dea un examen care le testează abilităţile clinice: capacitatea de a face anamneza, de a efectua o examinare fizică satisfăcătoare şi de a aduna datele necesare pentru diagnosticarea şi tratarea pacientului.

United States Medical Licensing Examination – cunoscută drept USMLE – este testul pe care doctorii trebuie să îl treacă pentru a primi autorizaţia de practică, în cele mai multe state americane. Când am dat acest examen, el era compus din doar două părţi. Prima, aflată la sfârşitul celui de-al doilea an, testa cunoştinţele despre ştiinţele fundamentale ale medicinei – anatomie, fiziologie, farmacologie,

genetică. Partea a doua a testului era dată după absolvire şi urmărea înţelegerea conceptelor de bază ale îngrijirii pacienţilor – puteam să interpretez datele oferite despre pacient? Eram capabilă să formulez un diagnostic diferenţial satisfăcător? Ce analize trebuiau cerute pe baza a ceea ce ştiam? Ce medicamente ar fi potrivite, în situaţia dată? Care ar fi periculoase şi care ar trebui evitate? Studenţii trebuiau, în continuare, să dovedească faptul că deţin cunoştinţe teoretice de medicină, dar acum, în plus, trebuie să îşi demonstreze şi abilităţile necesare în cazul examinării fizice a pacienţilor.

Adăugând această componentă la testele de competenţă, USMLE se întoarce la un model mai vechi, încă din 1916, examenul de autorizare includea o evaluare a unui pacient real, observată de un doctor-evaluator cu experienţă. După efectuarea anamnezei şi a examinării fizice, studenţii erau chestionaţi despre ce descoperiseră. Această componentă a fost abandonată în 1964, din cauza lipsei standardizării intrinseci a unui astfel de test.

Dar douăzeci de ani mai târziu, comisiei de autorizare i s-a cerut să conceapă un nou tip de test al acestor abilităţi, unul fiabil. National Board of Medical Examiners, cea care supraveghează USMLE, a petrecut încă douăzeci de ani încercând să creeze un sistem de testare a acestor abilităţi care să fie corect şi reproductibil. Promoţia 2005 de la facultăţile de medicină a fost prima care a trebuit să sară peste acest obstacol suplimentar.

Facultăţile de Medicină nu au primit neapărat cu braţele deschise acest nou test. American Medical Association (AMA) a fost împotriva lui. La fel filiala ei studenţească, precum cea aparţinând de American Academy of Family Physicians. Oponenţii au susţinut că majoritatea studenţilor la Medicină învaţă deja aceste lucruri, iar majoritatea instituţiilor le testează deja, aşa că ce rost are ca testarea să fie repetată? Pentru studenţi, asta părea doar încă un examen scump – trebuie să plătească pentru a călători până la unul din cele douăsprezece centre din întreaga ţară, iar testul însuşi costă 1 000 de dolari. Dar, în cele din urmă, toată lumea dă testul, deoarece pentru a deveni doctor este nevoie de el.

A fost testul de vreun folos? Este încă prea devreme pentru a putea spune dacă a avut o influenţă reală asupra a ceea ce fac doctorii, totuşi, dacă instituţia mea poate fi un exemplu, atunci bănuiesc că are un impact enorm asupra modului în care sunt pregătiţi doctorii – cel puţin în facultatea de Medicină.

Eric Holmboe este acum şeful departamentului care evaluează rezidenţii din American Board of Internai Medicine (ABIM), organizaţia ce acreditează doctorii specializaţi în medicină internă. Până în 2004, a fost director asociat de program al Primary Care Internai Medicine Residency Program la Yale. (Atunci a consultat-o pe pacienta mea,

Susan Sukhoo.) La o întrunire recentă a directorilor de pregătire clinică ai Facultăţilor de Medicină din nord-est, Holmboe a descris modul în care Yale a organizat partea de examinare a abilităţilor clinice din cadrul USMLE. Facultatea a aranjat ca toţi studenţii la Medicină din anul patru să meargă la University of Connecticut din Farmington, unde puteau să dea genul de test pe care l-a dat şi Chris, ca pregătire pentru testul adevărat.

Înaintea testului, mai mulţi profesori de la Yale s-au dus în Connecticut, să verifice dotările şi procedeele. Au ales şapte scenarii clinice, retuşându-le puţin până când toată lumea a fost mulţumită de situaţie. Iar studenţii de la Yale au venit în grupuri de câte şase ca să dea testul, de-a lungul mai multor săptămâni.

Când au venit rezultatele, profesorii au fost şocaţi. 20% dintre studenţii la Medicină de la Yale – şaptesprezece dintre cei optzeci şi cinci de participanţi la test – picaseră. Eric a descris reacţia corpului profesoral atunci când i-au fost prezentate rezultatele. „A fost – Dumnezeule mare o adevărată tragedie”, mi-a spus Eric. „În cameră plutea Kubler-Ross”, a spus el referindu-se la celebrele etape ale suferinţei stabilite de acel antropolog. „Furia, negarea şi concilierea se amestecau toate împreună.” Profesorii îşi făceau griji legate de test – deşi îl aprobaseră, înainte ca studenţii să vină – şi exista foarte mult scepticism – nu era posibil ca asta să fie performanţa reală a studenţilor la Medicină de anul patru de la Yale. Dar, printre bombăneli şi scepticism, toată lumea a fost de acord să vizioneze casetele cu studenţii care căzuseră la test.

Când s-au întâlnit din nou, patru săptămâni mai târziu, atitudinea lor se schimbase. „Furia şi negarea se transformaseră într-o depresie foarte profundă”, mi-a relatat Eric. Pe o caseră, un student care voia să se facă neurolog a tratat complet superficial examinarea cardiacă. Încerca să asculte sunetele inimii exact unde nu trebuia. Când a primit feedbackul din partea instructorului-pacient, răspunsul său a fost de o aroganţă şi o ignoranţă uluitoare: nu avea nevoie să ştie să facă o examinare cardiacă – el voia să devină neurolog. Atacul cerebral, cea mai frecventă afecţiune neurologică, este adesea cauzat de probleme cardiace. „Când a spus asta, a continuat Eric, situaţia s-a clarificat şi ne-am dat seama că avem o mare problemă.”

Drept răspuns, cei de la Yale au refăcut modul în care era predată examinarea fizică. Pe vremea când eram eu studentă, examinarea fizică era predată la sfârşitul anului doi, exact înainte să ne începem stagiatura pentru care urma să ajungem în saloanele de spital. Era un curs de douăsprezece săptămâni, cu prelegeri de câteva ori pe săptămână. În timpul prelegerii, era trecută pe scurt în revistă fiziologia organismului uman, ne erau explicate tehnicile de examinare şi uneori (dar nu de obicei) ne erau demonstrate. În

principal, am învăţat despre examinarea fizică aşa cum am învăţat despre sex şi menstruaţie – printr-o discuţie scurtă şi foarte generală şi o carte. Aveam cumva întrebări? Nu. Perfect. Sfârşit. Am fost lăsată să găsesc de una singură toate informaţiile importante. Le-am găsit la pubertate şi, din nou, la Facultatea de Medicină. În principiu, am petrecut ore întregi cutreierând coridoarele spitalelor în căutarea studenţilor care erau deja stagiari, pentru a-i ruga să-mi arate descoperiri interesante legate de examinarea fizică. Asemenea tuturor celor pe care îi cunoşteam, am învăţat despre examinarea fizică pe cont propriu, cu un pacient, o carte şi cu ajutorul şi „Înţelepciunea" unui student cu doar unul sau doi ani mai mare ca mine.

Acum Yale începe pregătirea studenţilor medicinişti pentru examinarea fizică încă din prima zi. Chiar în anul întâi există cursuri despre tehnicile de intervievare şi examinare. În primii doi ani de facultate, studenţii se reunesc săptămânal în mici grupuri pentru a trece în revistă şi a exersa aceste tehnici – mai întâi unul pe celălalt, apoi pe pacienţii din cabinete şi din spital. La momentul la care studenţii ajung în spital, în anul al treilea, stăpânesc bazele acestor instrumente esenţiale de strângere a datelor. Sunt pregătiţi să construiască pe o fundaţie solidă. Din nefericire, adesea nu există nimeni care să îi ajute să înceapă construcţia.

Am absolvit Facultatea de Medicină cu un set de abilităţi de examinare fizică pestriţ şi idiosincratic, şi poate că rezultatele mele ar fi fost considerate nesatisfăcătoare – dacă doctorii cu care lucram atunci m-ar fi observat vreodată. Însă nu-mi făceam griji. Mă gândeam că o să învăţ modalitatea adecvată de examinare a unui pacient când o să fiu rezidentă. Mă înşelam. Studiile arată că este posibil ca, la sfârşitul pregătirii în rezidenţiat, abilităţile unui doctor să nu fie mai bune decât în perioada studenţiei.

În parte, asta se datorează fără îndoială constrângerilor de timp şi acces discutate mai devreme.

Dar în parte se datorează şi unei atitudini de fond conform căreia examinarea fizică ţine deja de istorie. L-am însoţit pe Holmboe la o întrunire a mai multor directori de Facultăţi de Medicină şi programe de rezidenţiat, pentru discutarea unei noi iniţiative de sprijinire a abilităţilor clinice ale medicilor stagiari, lansată de American Board of Internai Medicine (ABIM). La această întrunire, dr. Raquel Buranosky de la University of Pittsburg a dat glas unei nemulţumiri frecvente. „Studenţii la Medicină din programul nostru fac nenumărate ore de examinare fizică în primul şi al doilea an. Se descurcă excelent la examenul final. Apoi intră în pregătirea clinică şi, paf, totul dispare." Majoritatea celor prezenţi au dat din cap, iar mulţi dintre directori au spus poveşti similare. Eric a spus şi el una. Un coleg de-ai lui lucrase de mai multe ori cu un student la Medicină şi era mulţumit de

abilităţile acestuia. După câteva săptămâni din primul ciclu de practică clinică al studentului – o perioadă de stagiatură – acesta a revenit pentru un ultim curs cu profesorul său. Profesorul l-a privit cum evaluează un pacient şi a fost îngrozit să vadă că studentul a greşit absolut tot. A întrerupt povestea pacientului, i-a pus întrebări cu o singură variantă de răspuns: l-a examinat pe pacient prin haine. A sărit peste multe părţi ale examinării. Profesorului nu-i venea să creadă. L-a întrebat pe student ce se întâmplase de la ultima lor întâlnire. Acesta a răspuns „A, rezidentul meu mi-a spus că nu avem timp să facem toate astea. Adică, ce rost are?”

Nimeni dintre cei care au parcurs perioada de pregătire nu va contesta autenticitatea poveştii acestui tânăr. În rezidenţiat, adesea pare că nimănui nu-i pasă dacă pacientul e sau nu examinat. Nici nu e de mirare că multe dintre părţile mai subtile sunt pur şi simplu uitate. Iar odată pierdute, e nevoie de o minune pentru a le recupera.

Şi totuşi, pentru un pacient precum Patty Donnally, aceste abilităţi pot dezvălui un mister.

O hibă în sistem

Patty Donnally este o femeie de cincizeci şi opt de ani cu aspect tineresc, care suferă de hipertensiune arterială de la zece ani. Indiferent cât de multe medicamente a luat – şi a luat multe – tensiunea ei nu a fost niciodată ţinută sub control. Internistul ei a încercat ani de zile s-o aducă la un nivel acceptabil.

I-a dat să ia toate combinaţiile de medicamente la care s-a putut gândi. Tensiunea ei a scăzut – dar nu a fost niciodată normală. Nici pe departe. Uneori, doctorul se întreba dacă ea chiar ia medicamentele. Dar venea la toate consultaţiile, îşi făcea riguros controalele şi chiar citea despre problema ei. Nu era comportamentul cuiva care nu-şi ia medicamentele. Iar când era întrebată, putea să recite tratamentul ei medicamentos curent, indiferent de câte ori se schimbase. Nu. Era clar – această doamnă îşi lua medicamentele. Dar tensiunea ei rămânea mare. După aproape un deceniu, internistul ei a renunţat şi a trimis-o la un specialist în hipertensiune. Specialistul a fost şi el nedumerit şi, în cele din urmă, a trimis-o la clinica de cardiologie de la Yale.

Acolo, femeia a fost consultată de dr. Bill Asch, un specialist în hipertensiune tânăr şi entuziast a cărui dispoziţie voioasă o făcea adesea să uite de frustrarea ei de a avea o boală aparent netratabilă. Farmecul său făcea aproape să merite drumul până la New Haven. Astfel că a fost dezamăgită şi puţin furioasă atunci când un nou doctor a intrat pe uşă.

— Unde este doctorul meu? a întrebat-o pe tânăra femeie care intrase în camera curată de spital.

În vocea ei se simţea o urmă de enervare, iar cutele dintre sprâncene se adânciseră, formând jumătatea de sus a unei expresii încruntate. Dr. Shin Ru Lin a oftat în sinea ei. Îşi terminase rezidenţiatul cu câteva săptămâni în urmă şi tocmai începuse programul de pregătire de subspecialitate în hipertensiune de la Yale. Începea să îi cunoască pe pacienţii moşteniţi de la Asch, care în anul acela făcea cercetare şi nu consulta pacienţi. Serioasă şi timidă, Lin fusese puţin ofensată de dezamăgirea exprimată de mai mulţi dintre pacienţii acestuia, atunci când aflaseră că de acum ea urma să fie doctorul lor.

Şi era destul de intimidată de acest caz anume. Doamna Donnally lua şase medicamente puternice pentru hipertensiune, şi totuşi, conform observaţiilor medicale de la începutul fişei, tensiunea ei arterială rămânea prea mare. Pacienta consultase mulţi doctori şi făcuse nenumărate analize. Dosarul ei medical era voluminos şi totuşi nimeni nu înţelegea ce se întâmplă. Lin tocmai îşi începuse specializarea în hipertensiune – cum putea ea să-şi dea seama despre ce e vorba? Ce avea ea de oferit?

— Când aţi fost diagnosticată prima oară cu hipertensiune? a întrebat doctoriţa ezitant.

— O am dintotdeauna – ştiţi, scrie în toate documentele mele.

Patty a arătat cu mâna spre fişa ei medicală groasă.

— Tensiunea mea arterială este prea mare, sunt tot timpul obosită şi mă dor picioarele când merg. Nimic nu se schimbă – cu excepţia doctorilor.

Într-o clinică de cardiologie, precum aceasta de la Yale-New Haven Hospital, pacienţii au fost deja la mai mulţi doctori şi adesea ei sunt la fel de frustraţi ca şi doctorii care i-au trimis. Fiecare specialist, fiecare serie de analize elimină mereu alte cauze probabile ale problemei lor, iar chestiunea diagnosticului pare tot mai dificil de soluţionat. Iar într-un centru medical universitar, pacienţii sunt adesea consultaţi de doctorii aflaţi în perioada de specializare, precum Lin, care se schimbă în fiecare an.

Lin era copleşită. În timp ce aştepta în faţa sălii ca pacienta să se dezbrace pentru examinarea fizică, a deschis dosarul voluminos. Ştia că urma să aibă nevoie de ore întregi pentru a-l parcurge cum trebuie, şi mai avea şi alţi pacienţi de consultat. Lin s-a mustrat singură pentru că nu o citise mai atent înainte de a se întâlni cu pacienta pentru prima ei consultaţie. L-a răsfoit rapid. Tensiune arterială mare – bun. Şi colesterol mare. Lua un medicament pentru asta. Nu fuma şi nu bea. Îşi monitoriza cu atenţie tensiunea acasă, înainte ca doctoriţa să poată afla mai multe, era timpul să intre din nou înăuntru.

La examinare, tensiunea pacientei era – conform aşteptărilor – foarte mare. Dar existau şi unele constatări neaşteptate. În timp ce

Lin asculta gâtul pacientei deasupra arterelor carotide, a auzit un sunet fâşâit moale şi ritmic, diferit de silenţiozitatea normală a acestor vase. Acest sunet, cunoscut drept „bruit”, este cauzat de o turbulenţă anormală în curgerea sângelui. Indică adesea o îngustare a arterelor provocată de ateroscleroză, numită de obicei îngroşare a arterelor.

A trecut cu stetoscopul la piept. A auzit alte sunete neaşteptate. Între tic-ul şi tac-ul bătăii de inimă normale exista un murmur scurt şi aspru, ca mârâitul unui animal furios. Era acesta un simptom nou? Trebuia să verifice în fişă. Se auzea peste tot unde punea stetoscopul, pe partea stângă a pieptului, dar părea cel mai puternic în partea de sus. Ateroscleroză poate afecta atât valvele inimii, cât şi arterele. Murmurul scrâşnit sugera faptul că era posibil ca boala să fi îngustat valva aortică a pacientei, una dintre cele patru valve ale inimii. Era oare posibil ca asta să crească tensiunea? Părea improbabil.

Apoi, la abdomen, Lin a descoperit încă un sunet: un sâsâit încet deasupra arterelor renale. În timp ce finaliza examinarea, Lin şi-a amintit de cealaltă plângere a pacientei şi i-a examinat şi picioarele şi labele picioarelor. Păreau în regulă – fără leziuni, roşeaţă sau erupţii – dar nu putea găsi pulsul la niciuna dintre glezne. Era oare aceasta o nouă dovadă a îngroşării arterelor care diminuau fluxul sangvin către labele picioarelor? Asta ar fi putut explica durerea de picioare.

În cele din urmă, Lin şi-a pus întrebarea pe care toţi doctorii trebuie s-o aibă în minte la sfârşitul consultaţiei: ce putea să facă pentru acel pacient în ziua aceea? A mai adăugat un medicament pentru hipertensiune. Şi trebuia să verifice colesterolul pacientei. Deşi aceasta lua un medicament pentru colesterol, dacă toate aceste sunete şi durerea de picioare se datorau îngroşării arterelor, era esenţială reducerea cât mai mult posibil a colesterolului.

Dar cum rămânea cu murmurul inimii? Deşi Lin nu-şi putea imagina cum ar putea îngustarea valvei să crească tensiunea unui pacient, s-a gândit că ar fi bine să fie minuţioasă într-un caz atât de înşelător. O ecocardiogramă avea să arate dacă sunetul provenea sau nu de la o valvă a inimii anormală.

În seara aceea, Lin s-a apucat să studieze fişa pacientei. Înainte să-şi dea seama ce poate să facă pentru a soluţiona această enigmă, trebuia să ştie ceea ce fusese deja făcut. Cea mai uimitoare caracteristică a cazului acestei paciente era un nivel remarcabil de mare de renină, o substanţă chimică produsă de rinichi pentru a creşte tensiunea arterială. Atunci când rinichii primesc prea puţin sânge, ei secretă această enzimă, care creşte fluxul sangvin către rinichi prin creşterea tensiunii în sistemul arterial – aşa cum poţi duce apă la un strat de flori îndepărtat prin creşterea presiunii din furtunul de apă. Această femeie producea o cantitate de renină de o sută de

ori mai mare decât cea normală. Nu era de mirare că tensiunea ei era anormală.

Deci, de ce oare produceau rinichii ei atât de multă renină? Acest lucru se întâmplă de obicei atunci când boala aterosclerotică, adică îngroşarea şi rigidizarea vaselor din corp, blochează arterele care alimentează cu sânge rinichii. Poate că asta era problema, s-a gândit Lin triumfătoare. Nu, şi-a dat ea seama după câteva clipe. O angiogramă mai veche arăta că nimic nu bloca arterele care transportă sângele de la aortă către rinichi.

Era oare posibil să aibă o tumoră care producea renină? Existaseră cazuri de astfel de tumori la rinichi.

Nu, un examen IRM al rinichilor nu arăta nicio tumoră. Adrenalina face ca renina să crească. Era posibil să aibă o tumoră care producea adrenalină? Şi această posibilitate fusese eliminată. În timp ce Lin închidea fişa şi se pregătea să plece, îşi făcea griji că nu îi va aduce pacientei nicio noutate la următoarea întâlnire.

O săptămână mai târziu, Lin a dat peste medicul curant împreună cu care o consultase pe pacientă. „Hei, Shin, ai văzut rezultatele ecoului?” a întrebat-o el, referindu-se la ecocardiogramă şi debordând de însufleţire. „Ştii ce arată?”

A făcut o pauză dramatică. „Coarctaţie de aortă.” Lin a simţit cum i se măresc ochii. Găsise cauza hipertensiunii lui Donnally – dar această boală nici nu-i trecuse prin cap. Era un diagnostic pus accidental.

Aorta este cea mai mare arteră a corpului, care duce sângele oxigenat de la inimă în toate părţile corpului. O aortă normală are aproximativ cam trei centimetri lăţime, cam cât o monedă de cincizeci de cenţi. La coarctaţie, aorta se dezvoltă anormal şi, în loc să fie un tub larg deschis, are o obstrucţie care îngustează tubul şi limitează fluxul sangvin. Rinichii nu primeau suficient sânge, exact cum bănuiseră Lin şi ceilalţi doctori. Căutaseră un astfel de blocaj, dar acolo unde nu trebuia.

În loc să fie lângă rinichi, se dovedise a fi la doar câţiva centimetri de inimă.

Odată ce Lin a confirmat diagnosticul printr-un examen IRM, pacienta a fost trimisă la dr. John Fahey, un cardiolog cu experienţă în delicatul proces de reparare a aortei. În ziua de după operaţie, mi-a spus doamna Donnally, nu a avut nevoie decât de unul dintre medicamentele ei de ţinere sub control a tensiunii.

Era, spunea ea, un miracol. Iar durerea din picioare se diminuase. Ca şi rinichii ei, muşchii picioarelor trebuie să fi suferit de o lipsă cumplită de sânge.

Ştiinţa veche/nouă a examinării fizice

De ce nu se gândise Lin, sau oricare dintre doctorii anteriori ai pacientei, la coarctaţia de aortă? Dacă te uiţi la o listă cu cauzele

hipertensiunii greu de tratat, această afecţiune e întotdeauna pe listă. Şi totuşi fusese trecută cu vederea. Fără îndoială, este o cauză a hipertensiunii neobişnuită la un adult – de regulă fiindcă este sesizată din copilărie. Este cauza numărul unu de tensiune arterială mare la copii, dar mult în josul listei de cauze ale hipertensiunii la adulţi. Şi totuşi, doctorii se gândesc adesea la boli care sunt la fel de neobişnuite. În diagnosticul diferenţial stabilit de dr. Lin deţinuse un loc fruntaş o tumoră care produce renină. O boală extrem de rară. Această pacientă fusese deja testată pentru asta şi pentru alte boli încă şi mai rare decât coarctaţia.

Mai mult, Donnally prezenta toate semnele şi simptomele clasice. Avea murmurul care se auzea peste tot la piept, gât şi abdomen. Nu avea deloc puls în extremităţile inferioare şi o dureau picioarele când mergea. Şi, bineînţeles, avea hipertensiune. Şi totuşi, boala fusese trecută cu vederea, nu de un doctor, ci de mai mulţi. Am discutat pe îndelete cu dr. Lin şi dr. Asch despre motivul pentru care acest diagnostic fusese ratat. Amândoi au mărturisit că nu făcuseră singurul test fizic care ar fi indicat cel mai clar acest diagnostic: compararea tensiunii arteriale din braţe cu cea din picioare. În mod normal, tensiunea arterială din picioare este la fel sau mai mare decât cea din braţe. Dar din cauza îngustării aortei, pacienţii cu coarctaţie primesc mai puţin sânge în partea inferioară a corpului decât ar fi normal. Fiindcă există mai puţin sânge, tensiunea arterială din picioare este mai mică, în loc să fie mai mare.

Când cei doi au verificat, în cele din urmă, tensiunea din picioarele pacientei, aceasta era, într-adevăr, mult mai mică decât cea constatată în braţe. Atât Asch, cât şi Lin spun că acum fac această examinare în mod regulat la pacienţii cu hipertensiune cronică. Dar atunci nu o făceau. Bineînţeles, de vreme ce ambii doctori erau în perioada de pregătire, modul în care se ocupau de un pacient era supravegheat. Dr. John Hayslett, un binecunoscut cercetător şi expert în hipertensiune, trecea atent în revistă felul în care era îngrijit fiecare pacient la clinica de cardiologie de la Yale. Scrierile lui au apărut în cele mai prestigioase reviste de medicină, iar clinica lui de la Yale este considerată una dintre cele mai bune din ţară. Nu i-a întrebat niciodată dacă făcuseră acel test. Asch spune că probabil a presupus că fusese inclus în cadrul unei examinări fizice minuţioase – dacă nu de cei de acolo, atunci de vreunul din cei aproximativ o duzină de doctori care consultaseră deja pacienta.

Hayslett nu avea cum să ştie dacă această examinare anume fusese făcută, pentru că nu îi verificase pe medici. Se presupunea că, odată ce ai ajuns la acest nivel de pregătire, evaluarea aspectelor de bază – cum ar fi examinarea fizică – pur şi simplu nu e necesară.

E un punct de vedere comun, spune dr. Eric Holmboe. „Trimitem un rezident sau un student la Medicină în camera pacientului, spunându-le să facă anamneza şi să efectueze examinarea fizică. Ei se întorc şi noi îi întrebăm ce au găsit. E ca şi cum ai da o partitură unui student la muzică, l-ai trimite într-o cameră izolată fonic şi când ar ieşi l-ai întreba: «Ei, cum ai cântat?» E absurd. Cum ar putea să-şi dea seama? Pe un profesor de muzică l-ai concedia dacă ar preda astfel.” Poate că, la un anumit moment din trecut, nu era nevoie să evaluezi culegerea de date fundamentale – deşi Holmboe nu e sigur că a existat un moment în care profesorii puteau să presupună că abilităţile acestea de bază erau bine însuşite. „Există o tendinţă de a crede că, demult, într-o epocă de aur anterioară, lucrurile stăteau mai bine. Eu îi spun Nostalgia perfecţiunii”, a continuat el cu un zâmbet. „Dar există multe dovezi că, încă din anii 1970, existau inadvertenţe semnificative în modul în care doctorii făceau anamneza şi efectuau examinarea fizică.”

Eric vrea să schimbe toată această stare de lucruri. Acest bărbat energic de patruzeci şi ceva de ani, având o constituţie zveltă, un zâmbet larg şi un mers săltat, m-a întâmpinat cu entuziasm atunci când am apărut la unul din atelierele lui care avea loc în Boston. Eric este responsabil cu crearea de programe specializate în examinare fizică în cadrul rezidenţiatului, organizat de American Board of Internai Medicine. Una dintre principalele modalităţi în care face asta este prin a-i învăţa pe profesori cum să predea. Obiectivul lui este de a-i convinge pe profesori să îi urmărească efectiv pe rezidenţi, în timp ce aceştia îşi examinează pacienţii, iar apoi să-i înveţe cum să trateze ceea ce au găsit. „Modul în care mi s-a predat mie examinarea fizică era pur şi simplu absurd”, mi-a spus el. „Nimeni nu m-a supravegheat niciodată. Cum mă puteau ajuta să devin mai bun? Puteam număra pe degetele de la o mână de câte ori am fost supervizat în efectuarea celor mai elementare părţi ale meseriei mele.”

După ce şi-a terminat rezidenţiatul la Yale,

Eric s-a întors la Bethesda Naval Hospital ca să-şi încheie serviciul militar. Sarcina lui era să le predea rezidenţilor care făceau pregătire în spital. Proaspăt ieşit din propriul lui rezidenţiat, Eric îşi amintea frustrările lui faţă de sistem şi a început să-i observe pe rezidenţi cum lucrează, în timp ce aceştia evaluau pacienţii care veneau la spital sau la clinică.

La început rezidenţii erau încurcaţi de prezenţa lui. Nimeni nu mai făcuse asta înainte. Unii erau îngrijoraţi că sunt luaţi în vizor. Auzise oare Eric ceva ce îl făcuse să le pună la îndoială abilităţile? În timp, a reuşit să îi convingă că era un exerciţiu important şi util pentru toţi cei aflaţi în perioada de pregătire – nu doar pentru cei cu probleme.

„Nu a durat mult până când rezidenţii au început să accepte aceste consultaţii supravegheate. N-aş spune că le aşteptau cu nerăbdare, dar erau bucuroşi că sunt şi eu acolo şi cred că feedbackul li se părea extrem de util.” Şi, a continuat Eric, aveau nevoie de el.

„Nu-mi venea să cred ce făceau rezidenţii aceia. Examinau oamenii complet îmbrăcaţi. Ascultau inima şi plămânii prin straturi de haine, punând stetoscopul unde nu trebuie. Împungeau, căutau şi băteau cu degetul în locuri din care nu poţi afla nimic.” Şi a descoperit că aproape toţi rezidenţii erau recunoscători atunci când le arăta un procedeu mai bun. „Examinarea fizică pur şi simplu devine un instrument mult mai util atunci când o execuţi corect.”

Într-o lucrare care proclama pentru prima oară observarea directă ca instrument de evaluare a rezidenţilor, Eric scria: „Observarea directă a celor aflaţi în pregătire este necesară pentru evaluarea procesului de dobândire de informaţii şi a îngrijirii. Capacitatea unei persoane aflate în pregătire de a face o anamneză completă, de a efectua o examinarea fizică precisă şi minuţioasă, de a comunica eficient şi de a manifesta un comportament interpersonal şi profesional adecvat poate fi cel mai bine măsurată prin analizarea directă a acestor abilităţi clinice”. Pare evident, şi totuşi a fost foarte greu să-i convingă pe ceilalţi – nu doar pe rezidenţi, dar şi pe responsabilii programelor de pregătire. Cere timp, iar mulţi doctori nu se simt suficient de siguri de propriile abilităţi de examinare fizică pentru a putea să supervizeze abilităţile altcuiva. Pe lângă asta, pur şi simplu nu aşa se proceda – prin tradiţie.

Tradiţia este rezumată într-o expresie pe care am auzit-o adesea în timpul perioadei mele de pregătire: vezi, faci şi predai. Aşa au fost învăţaţi rezidenţii să efectueze procedurile timp de decenii. Expresia descrie, de asemenea, şi câţi dintre ei au fost învăţaţi ce înseamnă examinarea fizică. Un studiu publicat recent arată cât de nesatisfăcător este acest stil de predare. Unui grup de rezidenţi din nouă spitale universitare din Anglia i s-a cerut să descrie modul în care fuseseră învăţaţi să efectueze şapte proceduri relativ simple – de la a face o injecţie până la efectuarea unui EKG. Au fost întrebaţi de asemenea despre încrederea în propria capacitate de a efectua aceste proceduri, prima oară când le făcuseră. Acelaşi chestionar a fost dat unui grup de asistente care, în mod tradiţional, primesc o pregătire foarte riguroasă în efectuarea acestor proceduri. Peste o treime din doctori au spus că nu fuseseră pregătiţi în niciun fel înainte de efectuarea procedurii şi aproape jumătate au spus că, atunci când le-au efectuat prima oară, nu se simţeau calificaţi. Aproape jumătate au efectuat aceste proceduri pentru prima oară nesupravegheaţi. Doctorii sunt adesea trimişi în salon să efectueze proceduri pe pacienţii lor – fără o pregătire adecvată, uneori fără niciun fel de

pregătire – proceduri care implică un anumit risc, de regulă mic, pentru pacient, dacă sunt efectuate incorect. Şi totuşi, continuăm să permitem studenţilor la Medicină şi rezidenţilor să efectueze aceste proceduri fără o pregătire adecvată. Acelaşi lucru este valabil şi în privinţa aspectelor clinice neinvazive – alcătuirea anamnezei sau examinarea fizică pe care doctorii o fac când nu există riscul de a produce un rău direct, ci doar de a rata ceva important.

Astfel că Eric şi-a petrecut ultimii ani ca un agent de vânzări, călătorind de la un program de pregătire la altul pentru a-i convinge de ideea că observarea directa a rezidenţilor aflaţi în pregătire este ceea ce trebuie făcui.

A creat un curs de patru zile care îi învaţă pe profesori cum să facă observarea. Una dintre probleme, spune Holmboe, este că, de vreme ce mulţi dintre doctorii înşişi nu au primit nicio instruire formală în aceste abilităţi, majoritatea nu şi-au creat criterii formale despre modul de a vorbi cu pacientul şi de a-l examina. Dacă doctorii nu sunt siguri că fac bine ceea ce fac, cum pot şti dacă un student procedează bine? Ca instrument de predare, Eric a transcris şi a filmat trei consultaţii în care era înfăţişat un rezident care alcătuieşte anamneza, efectuează examinarea fizică şi îi face recomandări pacientului. A înregistrat trei versiuni pentru fiecare din următoarele trei scenarii: unul al proastei calităţi, unul al calităţii moderate şi unul al înaltei calităţi. Apoi le-a cerut profesorilor să noteze fiecare consultaţie. Notele erau alandala. Consultaţiile care erau proaste au primit note la fel de mari precum cele de calitate. Nimeni nu avea habar de nimic. Cursul lui îi ajută pe profesori să-şi creeze criterii pentru fiecare componentă a examinării fizice şi îi învaţă să le aplice atunci când supraveghează pe cineva aflat în pregătire. Profesorii sunt de asemenea instruiţi cum să ofere feedback într-o manieră constructivă şi utilă.

Există peste opt mii de programe în Statele Unite, iar Eric speră să ajungă la toate. Cât de bine funcţionează acest program? Fără îndoială, doctorii care parcurg programul lui Eric spun că se simt mult mai siguri să supravegheze rezidenţii şi să ofere feedback. Încă nu se ştie dacă o mai bună predare se traduce într-o mai bună îngrijire a pacienţilor. Dar Holmboe a vizitat cât de multe programe a putut, în cadrul unui efort individual de resuscitare a examinării fizice. Şi totuşi, el rămâne plin de speranţă. Optimismul lui mi se transmite puţin şi mie. Poate că, în cele din urmă, va reuşi.

Partea a III-a

Tehnologie înaltă

Capitolul 8

Probleme de testare

Carol Ann Devries simţea că clachează. Era o femeie solidă, cu o faţă rotundă şi veselă şi ochi căprui adânciţi, care fusese sănătoasă toată viaţa. Apoi, cu doar câteva săptămâni înaintea celei de-a cincizeci şi noua aniversări a ei, totul se schimbase. Din senin îi apăruse o urticarie agresivă. Un tratament scurt cu Prednison o eliminase, dar nici Carol Ann, nici internistul ei nu-şi puteau da seama de unde apăruse.

Apoi, într-o dimineaţă de sâmbătă, câteva zile mai târziu, Carol Ann s-a trezit simţind fierbinţeală şi dureri. Gâtul ei era ca şmirghelul şi avea o erupţie roşie ciudată la baza coloanei. Era din nou urticarie? Carol Ann s-a programat la doctor pentru săptămâna următoare, dar se simţea prea rău ca să aştepte. S-a dus singură cu maşina la camera de gardă de la spitalul din oraş.

Doctorul de la urgenţe i-a luat temperatura, s-a uitat la erupţie şi i-a spus dintr-odată că are boala Lyme.

— Un antibiotic o s-o elimine, a spus el mâzgălind o reţetă. O pastilă de două ori pe zi, timp de două săptămâni, a adăugat, îndreptându-se spre uşă.

— Staţi puţin! i-a strigat Carol Ann. Nu faceţi măcar un test ca să vedeţi dacă e Lyme?

— Nu e nevoie, i-a spus doctorul, enumerând punctele care îi susţineau diagnosticul.

Era începutul verii, când boala Lyme apare cel mai frecvent. Carol Ann locuia în suburbiile Connecticutului – nu foarte departe de oraşul Lyme, acolo unde boala fusese identificată prima oară. Şi avea o erupţie cu pustule mari şi rotunde, tipice pentru cei consultaţi în primele faze ale bolii.

Doctorul recunoştea că simptomele ei nu erau clasicele dureri de cap şi înţepenire a gâtului, dar totuşi avea febră şi dureri corporale. Probabilitatea să fie vorba de Lyme era extrem de mare, i-a spus el. „În plus, în această fază timpurie a bolii, testul pentru Lyme nu ne-ar indica nimic.” Apoi a ieşit din cameră, îndreptându-se spre pacientul următor, lăsând-o pe Carol Ann cu reţeta mâzgălită de el şi un sentiment de incertitudine.

În fiecare primăvară şi vară, o anumită versiune a acestei poveşti se repetă de zeci de mii de ori în statele din nord-est, din Midwest şi din nordul Coastei de Vest. Adesea, ca şi în cazul lui Carol Ann, diagnosticul este pus fără testare, plecând de la datele legate de regiunea unde trăieşte pacientul şi de la simptomele lui, la care se adaugă prezenţa erupţiei tipice, cunoscută drept eritem migrator. Diagnosticul este adecvat şi logic, dar nu definitiv. Iar în boala Lyme, această incertitudine s-a dovedit a fi un ingredient deosebit de nociv.

Carol Ann a luat antibioticele prescrise. Weekendul următor se simţea deja aproape ca de obicei. Pentru majoritatea pacienţilor cu boala Lyme, un singur tratament cu antibiotice este suficient. Dar dacă pacienta noastră ar fi fost un caz tipic, nu v-aş spune această poveste, în schimb, câteva săptămâni mai târziu, Carol Ann a început să simtă dureri şi rigiditate a genunchilor şi a şoldurilor. Nu exista nicio umflătură, nicio roşeaţă, doar această rezistenţă ciudată a articulaţiilor din partea de jos a corpului.

S-a dus la internistul ei, care s-a gândit că simptomele sunt cele ale bolii Lyme. Netratată sau tratată inadecvat, Lyme poate ataca articulaţiile, provocând durere şi, de regulă, umflături. I-a dat un alt antibiotic – Doxiciclină. Carol Ann a luat Doxiciclină încă trei săptămâni, dar rigiditatea persista. Internistul ei era nedumerit; a trimis-o la un reumatolog. Reumatologul nu era sigur nici el de ce anume se întâmplă. Aşa că ea a revenit la internist. „Internistul m-a pasat rezidentei lui”, mi-a spus Carol Ann. „Practic plângeam la telefon de durere. I-am spus rezidentei că nu puteam dormi, din cauză că durerea era atât de mare. Nu a fost prea înţelegătoare.”

Carol Ann se simţea abandonată. Doctorul ei era un tip drăguţ, mi-a spus ea, dar era evident că nu ştia ce anume îi provoacă durerea sau cum să o trateze. S-a hotărât să îşi ia soarta în mâini. A vorbit cu mai mulţi prieteni, a răscolit rafturile librăriei locale, a navigat pe internet. Totul părea să o trimită înapoi la diagnosticul de boală Lyme. A decis că are nevoie de un specialist în Lyme – cineva care chiar înţelege boala. Aşa că s-a apucat să caute unul.

Ceea ce Carol Ann nu ştia – nu avea cum să ştie – era faptul că tocmai era pe punctul de a intra în una dintre cele mai aprinse controverse din medicină, o furtună de dispute profesionale şi confuzii referitoare la boala Lyme, o controversă ce avea s-o lase doi ani întregi cu durerile ei nevindecate. Cei mai mulţi pacienţi cred că de obicei este posibil să le detectezi suferinţa cu un test sau altul – o radiografie, de exemplu, sau un examen IRM, sau oricare dintre sutele şi sutele de teste de sânge şi urină. Dacă testul e pozitiv, pacientul poate că nu e fericit, dar cel puţin crede că ştie exact care e problema: un os fracturat al articulaţiei, astm, tumoră, atac de cord. Dacă testul este negativ, atunci pacientul crede că rezultatul demonstrează cel puţin că nu are ceva, ceea ce poate fi o uşurare dacă ceea ce credea el că are era cancer sau altă boală la fel de terifiantă. Sau poate fi foarte frustrant – de vreme ce tratamentul şi posibilitatea vindecării depind adesea de diagnostic.

Şi doctorii au foarte multă încredere în puterea de diagnosticare a testelor. În mare parte, pe bună dreptate. S-au făcut paşi uriaşi în ceea ce priveşte capacitatea noastră de identificare a bolii prin folosirea tehnologiilor avansate de un fel sau altul. Chiar dacă

povestea pacientului şi examinarea fizică pot sugera adesea un diagnostic, atât doctorii, cât şi pacienţii preferă să vadă o dovadă concretă – iar această dovadă vine de obicei sub forma rezultatelor cine ştie cărui test de diagnosticare.

Dar, după cum se dovedeşte, testele şi rezultatele lor nu sunt nici pe departe atât de precise şi clare pe cât presupun mulţi pacienţi (şi doctori) că ar fi. De fapt, în ciuda extraordinarei şi nepreţuitei lor puteri, în unele cazuri procesul de testare poate să întârzie sau să deturneze procesul de diagnosticare – sau să îl deraieze complet.

Complicaţiile legate de testarea bolii Lyme i-au asmuţit pe doctori unii împotriva celorlalţi şi au dus la o confuzie vecină cu haosul în privinţa diagnosticării acestei boli comune şi uşor de tratat. Rezultatul a fost, practic, o epidemie de diagnostice ratate sau greşite. Unii pacienţi ajung să sufere de sindromul Lyme acut nediagnosticat.

Iar sute – poate mii – de pacienţi care suferă de alte boli sunt „diagnosticaţi” cu o boală-fantomă şi trataţi pentru o problemă medicală pe care nu o au.

Lui Carol Ann i se părea logic ca durerile pe care le avea să fie puse în legătură cu boala Lyme – la urma urmei, până atunci se simţise bine. În plus, doctorul ei considerase antibioticele din prima serie ca fiind ineficiente. De ce ar fi fost mai bună a doua serie? În cele din urmă, a găsit un specialist în Lyme lângă Wilson, Connecticut. Acesta nu accepta asigurarea medicală – niciunul dintre specialiştii în Lyme pe care îi sunase nu acceptau asigurare – dar tariful lui era rezonabil şi era suficient de aproape.

La momentul la care s-a dus să-l vadă pe acest specialist, dr. Matthew Davidson (nu este numele lui real), Carol Ann era o epavă. O durea corpul încontinuu. Articulaţiile nu păreau afectate – nu existau nici umflături, nici roşeaţă – dar o dureau atât de tare, încât îi era greu până şi să doarmă. Era epuizată, memoria îi era afectată, nu se putea concentra şi frustrările cotidiene o făceau adesea să plângă.

Davidson este un internist generalist care îşi face practica pe boala Lyme. Era un bărbat îndesat, cu păr blond şi rar, care emana o căldură şi o deschidere care au impresionat-o pe Carol Ann. După ce femeia s-a aşezat pe un scaun în cabinetul lui, a început să descrie simptomele care îi dominaseră viaţa în ultimul an.

Davidson dădea din cap în timp ce Carol Ann îşi trecea în revistă simptomele. Boala el nu era un mister pentru el. Manifestările erau clasice, i-a spus la jumătatea poveştii. Ceea ce i se întâmplase era frecvent – mult prea frecvent, după părerea lui. Avusese dreptate să-i ceară ajutorul. În mod evident, antibioticele nu funcţionaseră; ea nu fusese vindecată de infecţie, iar drept rezultat acum avea ceea ce se numeşte „boală Lyme cronică”.

Davidson i-a explicat că, adesea, un prim tratament cu antibiotice nu omoară bacteria care provoacă boala Lyme. Ea reuşeşte cumva să se „ascundă” în corp, doar pentru a reapărea şi a provoca o serie de simptome printre care se numără durerile articulaţiilor, cele musculare, insomnia şi lipsa concentrării – simptome pe care Carol Ann le avea. Davidson i-a spus că singura ei speranţă era un tratament cu şi mai multe antibiotice. Poate avea să dureze încă vreo câteva săptămâni, posibil câteva luni, poate chiar câţiva ani, în speranţa de a eradica în cele din urmă această bacterie perfidă şi simptomele ei. Putea fi un proces îndelungat, i-a spus, dar cu ajutorul lui putea să învingă infecţia şi să-şi redobândească sănătatea.

Când Carol Ann a plecat de la cabinetul lui, în ziua aceea, se simţea mai optimistă decât fusese de la apariţia simptomelor. Acea dispoziţie nu avea să dureze mult.

Diagnosticul primit de Carol Ann – boală Lyme cronică – este unul pe care zeci de mii de pacienţi l-au primit în cei treizeci şi ceva de ani de când această boală a fost identificată pentru prima oară. Şi un întreg grup de doctori activişti precum Davidson, care se prezintă drept „specialişti în Lyme”, pretind că au o expertiză specială a ceea ce ei spun că este o infecţie cronică şi insidioasă.

Dar, în ciuda pretenţiilor acestor doctori – şi uneori a convingerii fervente a pacienţilor – „boala Lyme cronică” este aproape sigur o boală-fantomă. Contrar afirmaţiilor doctorilor precum Davidson, există puţine dovezi că bacteria care provoacă Lyme poate să reziste în faţa antibioticelor, cauzând simptomele atribuite „bolii Lyme cronice”. Mai mult, există suficiente probe solide care arată că tratamentul pe termen lung cu antibiotice *nu* va vindeca suferinţa celor diagnosticaţi cu acest sindrom, indiferent care ar fi ea.

În ciuda acestor dovezi, mii de pacienţi continuă să primească tratamente care presupun luni şi uneori ani de antibiotice multiple, în căutarea disperată a unei alinări. Pericolul acestui diagnostic şi al tratamentului este dublu, în primul rând, îl expune pe pacient riscului unor efecte secundare grave ale medicamentelor puternice pe care le ia. În al doilea rând, acest diagnostic eronat poate să amâne diagnosticarea şi tratarea altor boli, lăsându-l pe pacient într-o stare încă şi mai proastă decât cea iniţială.

Cum pot unii doctori raţionali şi bine intenţionaţi precum Davidson să continue să creadă în această fantomă şi să prescrie tratamente care nu funcţionează? Răspunsul are legătură, măcar în parte, cu dificultatea de a diagnostica boala aceasta complexă. Dar este de asemenea strâns legat de un disconfort profund omenesc în faţa incertitudinii, atunci când doctorul se confruntă cu un pacient care are dureri şi caută un răspuns.

Descoperirea bolii Lyme

Descoperirea bolii Lyme este una dintre marile opere detectivistice medicale ale secolului XX. În 1956, Polly Murray, o tânără artistă şi gospodină din Essex, Connecticut, a început să sufere de o serie de probleme de sănătate inexplicabile: febră, erupţii, dureri de articulaţii şi oboseală.

Memoria ei nu mai părea să fie atât de bună ca înainte. Se simţea dezorientată şi îi era greu să se concentreze asupra lucrărilor ei artistice. S-a dus la doctorul ei. Acesta era nedumerit. La fel erau şi specialiştii pe care s-a dus să-i consulte. Câţiva au sugerat că simptomele erau doar în capul ei – o manifestare a cine ştie cărei boli psihice.

În 1964, Polly, soţul ei şi cei patru copii s-au mutat în oraşul Lyme, Connecticut, o comunitate prosperă din ţinutul înverzit dintre râul Connecticut şi Long Island Sound. La momentul acela deja toţi membrii familiei sufereau de aceleaşi simptome ca şi Polly. Până şi câinele era afectat. Vizitele la doctor erau frecvente, momentele în care simţeau o oarecare uşurare puţine, frustrarea intensă.

De-a lungul timpului, Polly a descoperit că şi alţi oameni din acea zonă prezentau aceeaşi serie de simptome. Împreună, suferinzii din oraşul ei adunaseră sute de vizite la doctori şi zeci de consultaţii la specialişti. Nimeni nu avea vreun răspuns. Nimeni nu putea explica ce aveau ei sau de ce atât de mulţi prezentau aceste simptome. În cele din urmă, în octombrie 19752, Murray a sunat la Departamentul de Sănătate pentru a reclama această ciudată epidemie locală.

Departamentul de Sănătate a apelat la dr. Allen Steere, un reumatolog de la Yale care îşi petrecuse primii doi ani după facultate lucrând pentru Epidemic Intelligence Service (EIS), serviciul de investigaţie al celei mai importante instituţii de supraveghere naţională a sănătăţii publice, Centers for Disease Control (CDC) din Atlanta. Steere i-a cerut lui Murray să vină la cabinetul lui din New Haven şi să-şi aducă notiţele. Spre deosebire de mulţi dintre doctorii consultaţi de Polly, Steere a manifestat un interes profund faţă de povestea ei. A adunat numele celorlalţi pacienţi despre care îi vorbise Polly. Steere a sunat fiecare familie de pe lista ei. La rândul lor, aceştia i-au dat alte nume şi, în cele din urmă, Steere a făcut o listă cu doisprezece adulţi şi treizeci şi nouă de copii care prezentau acelaşi tip de simptome ca şi Polly şi familia ei.

Steere a observat imediat că toate cazurile individuale semănau cu artrita reumatoidă juvenilă. Dar aceasta era o boală relativ rară. Ce anume, s-a întrebat el, ar putea să provoace gruparea a atât de multe cazuri din această boală neobişnuită într-o zonă atât de restrânsă? Şi-a propus să descopere ce ar fi putut să aibă în comun cele cincizeci şi una de persoane.

Manifestările erau sezoniere, atingând apogeul în fiecare vară şi apoi din nou toamna. Bazându-se pe asta, Steere s-a concentrat imediat asupra posibilităţii ca boala să fie transmisă de vreo insectă. Dar puţini pacienţi îşi aminteau să fi fost înţepaţi. Iar cei care îşi aminteau descriau diferit aspectul înţepăturii. A fost nevoie de doi ani de muncă asiduă până când dr. Steere şi colegii lui să găsească vinovatul. Steere îşi aminteşte cu claritate acea zi: era în vara lui 1977, când un tânăr a intrat în biroul lui cu o fiolă conţinând o căpuşă pe care o găsise după o plimbare prin pădurea de lângă casa sa. Excursionistul nu mai văzuse niciodată o căpuşă asemănătoare. Nici Steere. S-a dovedit a fi o căpuşă *Ixodes scapularis* imatură, o arahnidă minusculă cu picioare negre, necunoscută în acea regiune. Observatorii insectelor din regiune urmăriseră marşul acestei căpuşe de-a lungul statului Connecticut. Aria de apariţie a cazurilor misterioase ale lui Steere s-a dovedit a se potrivi cu zonele invadate de această căpuşă.

Ultima piesă a acestui puzzle a rămas un mister până în 1981, când Willy Burgdorfer, un entomolog de la National Institutes of Health, a identificat bacteria în formă de tirbuşon transmisă de căpuşe, care provoacă de fapt boala Lyme. Era o nouă specie de bacterie – care a fost numită în onoarea lui: *Borrelia hurgdorferi.*

Bacteria *hurgdorferi* trăieşte în mod normal în sângele căprioarelor şi al unor specii de rozătoare. Ca larvă, căpuşa *Ixodes* (numită de obicei „căpuşa căprioarei”) se hrăneşte cu sângele animalului gazdă şi, dacă acesta adăposteşte bacteria, primeşte odată cu masa şi o doză de *hurgdorferi.* Bacteria nu pare să deranjeze căpuşele. Trăiesc liniştite în intestinele acestora.

Această mică arahnidă are trei stadii de viaţă – larvă, nimfă şi adult. La fiecare stadiu de viaţă, căpuşa se hrăneşte o singură dată cu sânge. În majoritatea cazurilor, Lyme se transmite în cel de-al doilea stadiu al căpuşei. La acel moment, căpuşa *Ixodes* este neagră şi minusculă – cam de mărimea unui vârf de ac – şi poate cu uşurinţă să sară pe un trecător, să îşi găsească un loc liniştit de care să se ataşeze şi unde să se hrănească cu sânge. Pentru a transmite infecţia, căpuşa trebuie să rămână ataşată cel puţin douăzeci şi patru de ore – ceea ce se poate întâmpla cu uşurinţă, deoarece este atât de greu de văzut, iar muşcătura este de obicei nedureroasă.

Primul şi cel mai frecvent simptom al bolii Lyme este o erupţie circulară progresivă, care apare de obicei după câteva săptămâni în jurul locului unde a muşcat insecta. Erupţia prezintă adesea un aspect de „ţintă”: un cerc roşu în jurul unei zone mai deschise. Cu toate acestea, unele studii sugerează că cea mai frecventă manifestare este o zonă aproximativ rotundă şi complet roşie, care se extinde în decursul mai multor zile.

Lăsată să se dezvolte, bacteria *hurgdorferi* migrează spre alte părţi ale corpului, iar organismul reacţionează prin inflamare, febră, dureri de muşchi şi alte simptome, în încercarea de a combate infecţia.

Înainte ca Willy Burgdorfer să descopere cauza bacteriană a bolii Lyme, nu exista o metodă de testare a acesteia – pentru simplul motiv că nimeni nu ştia ce să caute. Chiar şi după identificarea bacteriei, testarea acestei boli a rămas dificilă. Multe tipuri de infecţii bacteriene pot fi diagnosticate prin preluarea de culturi celulare – se ia o probă (un tampon aplicat în gât, de exemplu) care este frecată de un material ce stimulează creşterea bacteriilor şi este incubată pentru un anumit număr de zile, apoi sunt identificate coloniile de bacterii formate. Dar bacteria Lyme nu se dezvoltă bine în culturi.

În schimb, doctorii care încearcă să diagnosticheze boala Lyme trebuie să se bazeze pe reacţia corpului la infecţie. Pentru a face asta, doctorii folosesc două teste separate, niciunul dintre ele nefiind suficient de bun pentru a fi folosit de unul singur, dar folosite împreună, îi pot identifica destul de precis pe cei care au intrat în contact cu această bacterie. Este o strategie veche şi, deşi pe vremuri era frecventă, în multe boli ea a fost înlocuită cu teste mai bune şi mai specifice. Este încă folosită pentru câteva boii precum HIV şi hepatita C – care nu pot fi depistate pe baza probelor de sânge.

Primul dintre cele două teste este cunoscut drept ELISA (analiză imunoenzimatică) şi detectează anticorpii specifici care apar la invadarea sângelui unei persoane de către o bacterie sau un virus. Anticorpii sunt părţi ale sistemului de apărare al corpului care ajută la uciderea invadatorilor. ELISA caută anticorpii la bacteria Lyme. Şi este un test destul de bun, dar care nu poate distinge între *Borrelia burgdorferi* şi mulţi dintre fraţii, nepoţii şi verii ei îndepărtaţi. Unele tipuri de floră normală pot provoca o reacţie pozitivă la ELISA.

De aceea este nevoie de un al doilea test. Dacă o persoană are un rezultat pozitiv sau echivoc la ELISA, atunci se efectuează un al doilea test, numit testul Western blot. Şi acest test caută anticorpi, nu bacteria propriu-zisă. El caută anticorpi nu pentru întregul organism, ci la componentele de bază ale bacteriei Lyme – proteinele individuale. Este un proces complicat, deoarece multe tipuri de bacterii folosesc aceleaşi componente. Aşa că nu e suficient să identifici, de exemplu, două sau trei proteine despre care se ştie că fac parte din bacteria *burgdorferi.* Aceleaşi proteine se găsesc şi în multe alte specii.

CDC[5] a creat un standard pentru interpretarea rezultatelor seriei de teste Western blot. Conform acestuia, boala Lyme trebuie suspectată doar dacă se dovedeşte că sângele unei persoane conţine cinci din cele zece proteine care sunt testate cel mai frecvent. Dacă rezultatele

[5] Centers Disease Control – Centrul pentru Controlul Bolilor (n. r.)

sunt pozitive la ELISA *şi* pozitive la cel puţin cinci din zece teste relevante ale Western blot, atunci este foarte probabil ca pacientul să fi fost expus bolii Lyme.

Dacă acesta ar fi sfârşitul poveştii, nu ar fi chiar atât de rău. Testele pentru boala Lyme ar fi indirecte şi ar necesita doi paşi, dar rezultatul final ar fi cam cât de clar poate fi în medicină. Din nefericire, este mai complicat decât atât.

În primul rând, de obicei corpul are nevoie de câteva săptămâni ca să creeze suficienţi anticorpi împotriva bacteriei şi care să poată fi măsuraţi prin fiecare din cele două teste. Aşadar, în primele zile ale infecţiei, chiar dacă poţi prezenta erupţia sau alte simptome ale bolii Lyme, este puţin probabil ca aceste două teste să iasă pozitiv. Iar dacă tratamentul este început suficient de devreme, bacteria va fi omorâtă atât de repede încât anticorpii ar putea să nu fie creaţi *niciodată.* Asta înseamnă că nu există nicio modalitate de a demonstra clar, ani mai târziu, că o persoană *nu* a avut boala Lyme la un moment anume din trecut. Dar o problemă încă şi mai importantă legată de modul de depistare a acestei boli este aceea că, după ce organismul începe să producă anticorpi, aceştia rămân, luni sau ani de zile, ca protecţie împotriva unei infecţii viitoare. Asta înseamnă că testele pentru Lyme vor rămâne pozitive mult după ce bacteria care a provocat iniţial simptomele a fost eradicată. Oricine va crede că bacteria respectivă e în continuarea prezentă în organismul tău, chiar dacă nu e adevărat, pentru că testele nu arată prezenţa bacteriei – măsoară anticorpii.

Epidemia fantomă

Bineînţeles, Carol Ann nu înţelegea aceste niveluri de complexitate legate de modul de depistare a bolii Lyme atunci când l-a consultat pe dr. Davidson. Tot ce ştia era că, atunci când plecase de la cabinetul lui Davidson, după prima ei vizită, acesta îi spusese că va trimite o mostră din sângele ei pentru un test de confirmare – ceea ce, fără îndoială, lui Carol Ann i s-a părut o procedură logică. Două săptămâni mai târziu, au venit rezultatele: erau negative. Lui Carol Ann i s-a părut ciudat, dar lui Davidson nu. Medicul i-a spus că era un fapt bine cunoscut că pentru stabilirea acestui diagnostic testele de tipul acela nu erau eficiente. A trimis sânge din nou şi i-a dat să ia un antibiotic, în ciuda rezultatului negativ.

Câteva săptămâni mai târziu, Davidson i-a comunicat lui Carol Ann că rezultatele la al doilea test erau pozitive. Nu i-a spus că el nu urma recomandările stabilite de CDC pentru interpretarea rezultatelor. În locul standardului de cinci din zece anticorpi pe care CDC îl consideră drept dovadă a existenţei bolii Lyme, testul ei fusese pozitiv doar pentru trei – ceea ce Davidson a interpretat ca „pozitiv”.

Ca şi colegii lui „specialişti în Lyme”, Davidson îşi justifică standardele de testare mai îngăduitoare ca fiind necesare pentru a nu rata pe nimeni care are boala. Dar acesta este un argument defectuos. E ca şi cum ai spune că toţi pacienţii care au gâtul inflamat, nas înfundat şi febră suferă de temuta gripă aviară. Cu un astfel de set de criterii vagi probabil că nu vei rata niciun caz de gripă aviară, dar majoritatea diagnosticelor vor fi greşite. În schimb, majoritatea pacienţilor pe care i-ai identificat astfel vor avea alte boli, mult mai obişnuite – o răceală, poate bronşită sau poate gripă normală.

Dar Carol Ann nu ştia nimic din toate acestea, astfel că pentru ea confirmarea bolii a adus o oarecare consolare. Oricum, se simţea puţin mai bine de când începuse ultima serie de antibiotice. Umerii nu o mai dureau chiar atât de tare şi dormea mai bine. Dar medicamentele aveau efecte negative asupra stomacului ei. A pierdut câteva kilograme deoarece avea greţuri – mai ales în orele imediat de după luarea lor. Davidson s-a gândit că e important să continue cu antibioticele, mai ales în lumina testului Lyme „pozitiv”, şi a încurajat-o să fie tare. Speranţa unei recuperări complete care ar fi făcut-o să redevină ea însăşi a determinat-o pe Carol Ann să continue cu hotărâre să ia medicamentele, indiferent cât de rău o făceau să se simtă.

Cam în aceeaşi perioadă în care Carol Ann mergea înainte cu regimul ei de antibiotice, Will Hammer, un bărbat de patruzeci şi patru de ani, mergea cu maşina pe drumurile alunecoase, în ploaia măruntă de noiembrie, spre propriul lui doctor „specialist în Lyme”. Fusese diagnosticat cu boala Lyme de peste un deceniu, dar atunci când am vorbit cu el, mi-a spus că suferea din cauza acestei boli de peste douăzeci de ani. Hammer, un bărbat înalt, cu păr roşcat tuns scurt şi atitudine rezervată, mi-a spus cu mândrie că în mai bine de cinci ani nu pierduse nicio zi de muncă din cauza „bolii Lyme cronice” cu care fusese diagnosticat. Atribuia acest succes doctorului Andrea Gaito, un dermatolog şi lider al mişcării „specialiştilor Lyme”, care îi dăduse să ia antibiotice zilnic timp de aproape treisprezece ani.

Hammer spunea că simptomele îi apăruseră prima oară în liceu, după o excursie cu cortul. Nu avusese niciodată febră, durerile musculare şi de cap tipice pentru Lyme, dar se simţea obosit şi slăbit. „Uneori nu mă simţeam prea bine şi mă întrebam ce am, mi-a spus el, dar nu era ceva de nesuportat”. După vârsta de 20 de ani, simptomele s-au agravat. Avea perioade de insomnie, dureri corporale şi o stare de epuizare. S-a dus la nenumăraţi doctori. Niciunul nu avea nici măcar un nume pentru boala de care suferea, cu atât mai puţin un tratament.

În cele din urmă, a auzit de boala Lyme şi s-a gândit dacă nu cumva asta îi provoca simptomele. Fusese deja testat pentru Lyme şi i se spusese că rezultatul fusese negativ, dar acum auzise că testul nu era foarte fiabil. Atunci a ajuns la cabinetul lui Gaito, care l-a diagnosticat rapid cu „boală Lyme cronică” şi i-a dat un tratament cu antibiotice de şase săptămâni.

Efectul a fost imediat, iar Hammer spune că i-a schimbat viaţa. „Prima oară când am fost tratat aici m-am simţit mai bine decât m-am simţit vreodată în întreaga mea viaţă de adult. Mă simţeam minunat.” Dar, mi-a spus el, asta nu a durat mult.

După câteva luni de la terminarea tratamentului, a început să aibă din nou probleme cu somnul. Apoi au reapărut starea de epuizare şi durerile corporale. Ulterior a început să aibă probleme de memorie. „La început erau lucruri mărunte. Apoi, într-o zi, îl duceam pe fiul meu la fotbal cu maşina, aşa cum făcusem în fiecare weekend timp de luni de zile, şi dintr-odată nu-mi mai aminteam unde trebuie să merg. Nu-mi puteam aminti unde sunt.” A oprit într-o parcare. Inima îi bubuia. Încet şi metodic, a stabilit pe unde trebuie să o ia ca să ajungă la destinaţie. Băiatul lui cel mic, nedumerit de acest comportament neobişnuit, a întrebat care e problema. Niciuna, l-a asigurat Hammer pe fiul său, dar în sinea lui se întreba ce naiba se întâmplă cu el.

S-a dus iarăşi la Gaito şi a început să ia din nou antibiotice. De atunci le luase încontinuu, cu doar câteva scurte pauze. De mai multe ori pe parcursul acestor ani de când începuse să ia medicamentele, Hammer s-a simţit la fel de bolnav ca la început, în ciuda antibioticelor zilnice. De fiecare dată revenea la doctorul lui – descurajat, frustrat şi deprimat. Gaito îl ajuta să depăşească momentul, mărind doza antibioticelor sau dându-i un antibiotic nou, iar în cele din urmă Hammer începea să se simtă puţin mai bine. Ultima oară când am vorbit cu Hammer, se ducea la dr. Gaito la fiecare trei sau patru luni, dar îşi făcea griji că ar putea să nu se simtă niciodată suficient de bine pentru a înceta să mai ia antibiotice.

Atât Carol Ann, cât şi Will spun versiuni ale unei poveşti obişnuite în „familia” Lyme: stabilirea diagnosticului, urmată de un tratament cu antibiotice, o ameliorare iniţială, apoi revenirea simptomelor. Acest tipar s-a detaşat devreme în istoria bolii. Allen Steere a observat că, deşi majoritatea pacienţilor s-au însănătoşit după un tratament cu antibiotice de două până la patru săptămâni, între 10 şi 20% aveau nevoie de luni, uneori chiar ani, ca să îşi revină complet.

Ca şi Will Hammer sau Carol Ann Devries, aceşti pacienţi prezentau adesea dureri corporale şi o epuizare cronică. Unii se plângeau că au probleme cu somnul sau cu memoria. Iar alţii aveau recidive ale durerilor şi umflăturilor la nivelul articulaţiilor care îi făcuseră să

meargă iniţial la reumatolog. Steere a numit acest fenomen sindrom postboală Lyme.

La începutul anilor 1990, Steere şi cercetătoarea Nancy Shadick şi-au propus să determine cât de răspândit era de fapt acest sindrom. Au recrutat o sută de locuitori din Ipswich, Massachusetts, o zonă care fusese greu lovită de boala Lyme. Jumătate dintre pacienţi aveau antecedente dovedite de boală Lyme, care fusese tratată; cealaltă jumătate nu avusese niciodată boala. Aproape unul din trei pacienţi trataţi continuau să aibă dureri reziduale şi alte simptome, la mai bine de cinci ani de la contractarea bolii Lyme. Aceste simptome erau întâlnite mult mai frecvent la cei care avuseseră Lyme decât la cei care nu avuseseră niciodată boala. De asemenea, alte studii au arătat că persoanele cu antecedente de Lyme se plâng mai des de dureri de articulaţii, oboseală şi probleme de memorie decât cei care nu au avut niciodată această boală.

La început a existat îngrijorarea că simptomele acestea reprezentau o infecţie curentă, care persistase în ciuda unui tratament complet cu antibiotice. Pacienţii înşişi spuneau că aşa se şi *simte*, ca o infecţie, iar Steere, Shadick şi mulţi alţi doctori au reacţionat iniţial prin tratarea acestor simptome cu un al doilea sau al treilea rând de antibiotice.

Dar în curând, lui Steere şi celorlalţi le-a devenit clar că, deşi mulţi dintre cei care aveau aceste simptome persistente s-au însănătoşit după mai multe tratamente cu antibiotice, la fel s-a întâmplat şi cu cei care făcuseră doar primul tratament cu antibiotice – cel prescris la momentul diagnosticării iniţiale. În cele din urmă, majoritatea pacienţilor se însănătoşeau şi nu era clar dacă repetarea tratamentelor cu antibiotice avea sau nu vreun efect, odată ce boala fusese tratată iniţial.

Pentru a înţelege mai bine ce se întâmplă, cercetătorii din acest domeniu au făcut ceea ce fac cercetătorii – au iniţiat experimente pentru a studia într-un mod foarte atent şi controlat dacă antibioticele chiar îi ajută pe oamenii cu sindrom postboală Lyme să îşi revină mai repede.

The New England Journal of Medicine a publicat primele rezultate experimentale în 2001. Cercetătorii de la Tufts Medical Center din Boston şi de la Yale-New Haven Hospital s-au oprit asupra a 129 de pacienţi care prezentau dovezile clare ale unei infectări anterioare cu boala Lyme şi simptome persistente chiar şi după tratamentul cu antibiotice prescris. Mulţi aveau dureri musculoscheletale, mai mici sau mai mari. Jumătate au fost trataţi timp de nouăzeci de zile cu antibiotice, iar jumătate cu placebo cu aspect identic. Nici doctorii, nici pacienţii nu ştiau cine ce ia. Starea de sănătate fizică şi psihică a

fiecărui participant a fost evaluată înaintea, în timpul şi după tratamentul cu antibiotice sau placebo.

Aproape peste 40% dintre pacienţii trataţi cu antibiotice s-au simţit mai bine după prima lună. Şi aproape la fel de mulţi s-au simţit mai bine, în general, după terminarea tratamentului cu antibiotice şi trei luni mai târziu. Iar cei care luaseră placebo? Răspunsul era aproape identic: 35% dintre pacienţii care luaseră o substanţă complet inactivă s-au simţit mai bine după prima lună şi 40% s-au simţit mai bine până la finalul studiului. Antibioticele nu avuseseră niciun fel de efect.

Două alte studii riguroase au investigat aceeaşi problemă. Unul a arătat o uşoară ameliorare a simptomelor de oboseală la cei care luau antibiotice, dar nimic altceva.

Al treilea studiu a fost efectuat de psihologul Brian Fallon, un cercetător „specialist în Lyme” şi şef al centrului de cercetare de la Columbia University, care este finanţat în parte de un grup care se ocupă de „boala Lyme de tip cronic”. Dar nici măcar Fallon nu a reuşit să găsească vreo diferenţă semnificativă între grupul pe antibiotice şi cel care luase placebo. Mai mult, în fiecare dintre aceste studii un număr semnificativ de participanţi avusese complicaţii provocate de tratamentul cu antibiotice. Mulţi prezentau genul de reacţii adverse resimţite de Carol Ann, iar uneori complicaţiile erau suficient de grave încât participanţii la studiu să necesite spitalizare.

În mod normal, acest gen de rezultate coerente a trei experimente separate şi riguroase, publicate în reviste de specialitate, în sistem de *peer-review* (analiză în sistem colegial), ar fi considerate în lumea medicală o certitudine. Rezultatele au arătat clar că antibioticele *nu* îi ajută pe pacienţii cu simptome care persistă după tratamentul pentru boala Lyme, dovada evidentă că, indiferent care ar fi problema acestor oameni, ea *nu* se datorează faptului că în organismele lor s-ar găsi cine ştie ce „super *burgdorferi*". Grupuri medicale de renume implicate în studierea bolii Lyme s-au pronunţat împotriva folosirii de tratamente multiple cu antibiotice pentru aceste simptome persistente.

În mod normal, acest lucru ar fi tranşat chestiunea, iar lumea medicală ar fi trecut la un nou mister.

Dar nu asta s-a întâmplat în acest caz. În schimb, un grup mic, dar zgomotos de doctori şi pacienţi au refuzat să accepte aceste rezultate şi denumirea de sindrom postboală Lyme. În schimb, au susţinut varianta „bolii Lyme de tip cronic” şi au insistat că aceste simptome indică o infecţie curentă care îndreptăţeşte continuarea tratamentului cu antibiotice. Au contracarat experimentele controlate şi randomizate prin propriile lor cercetări, care adesea arătau ameliorări ale stării pacienţilor care primiseră antibiotice. Dar niciunul dintre aceste studii nu comparase antibioticele cu placebo. Experimentele

controlate şi randomizate arătau că, deşi pacienţii care primiseră antibiotice se simţiseră mai bine, la fel se întâmplase şi cu cei care primiseră placebo cu soluţie salină. Studiile făcute fără placebo nu aveau cum să arate dacă antibioticele chiar sunt eficiente sau dacă ameliorarea se datora unui aspect normal care ţine de ritmurile organismului uman.

Susţinătorii denumirii de „boală Lyme de tip cronic” spun despre testele Lyme că, din cauza limitelor lor, ar trebui pur şi simplu ignorate. Potrivit International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS), un grup fondat în 1999 pentru promovarea răspândirii informaţiei despre „boala Lyme de tip cronic”, diagnosticul ar trebui stabilit *doar* pe baza simptomelor pacientului. Aceştia nu au încredere nici în examinările fizice, nici în cele două teste pentru boala Lyme.

„Datele existente sugerează că probele obiective singure sunt insuficiente pentru a lua decizii în privinţa tratamentului, spun recomandările ILADS, deoarece un număr semnificativ de cazuri de boală Lyme de tip cronic poate apărea la pacienţi simptomatici fără caracteristici obiective la teste de confirmare.”

Aceleaşi recomandări susţin că, atunci când testul în doi paşi pentru Lyme este folosit conform indicaţiilor CDC, până la 90% dintre cazuri sunt ratate. Dar asta este, în cel mai bun caz, o inducere în eroare. „Dovada concretă” oferită pentru susţinerea acestui „fapt” constă într-un singur studiu nepublicat. Iar dacă foloseşti acest test pentru toţi cei care prezintă simptomele comune de oboseală, insomnie şi dureri musculare, pentru 90% dintre ei probabil că rezultatele vor fi negative, deoarece nu au boala Lyme.

De fapt, atunci când sunt folosite conform recomandărilor, aceste teste stabilesc diagnosticul corect de boală Lyme în peste 90% din cazuri.

În locul testării sau examinării fizice, ILADS şi doctorii „specialişti în Lyme” sugerează ca diagnosticul să fie pus doar pe baza simptomelor. Problema aici este că simptomele pe care au ales să le studieze aceşti doctori sunt dezamăgitor de diverse şi atotcuprinzătoare. Ele includ oboseala, gâtul roşu, durerile musculare, durerile de articulaţii, durerile de piept, durerile abdominale, ameţeala, greaţa, proasta concentrare, durerile de cap, irascibilitatea, depresia, durerile de spate. Acestea sunt unele dintre cele mai comune simptome cu care se prezintă pacienţii la un cabinet de medicină primară. Ca internist care consultă pacienţi în mod regulat, am observat că mare parte dintre ei se plâng de aceste simptome – şi cu siguranţă nu au toţi boala Lyme. Deoarece cabinetul meu este în oraş, am doar câteva cazuri de Lyme pe an.

Şi totuşi, aceasta este strategia de diagnosticare care permite doctorilor ca Davidson şi Gaito să susţină că pacienţi precum Carol

Ann şi Will au „boala Lyme de tip cronic” şi că ei trebuie trataţi încontinuu cu antibiotice, din cauza unei infecţii persistente cu bacteria Lyme.

Dar probabil că există un factor suplimentar care contribuie la refuzul încăpăţânat al doctorilor „specialişti în Lyme” şi al pacienţilor de a accepta probele care aproape tuturor celorlalţi doctori li se par convingătoare. Este un aspect imposibil de evitat al oricărei practici medicale, legat în mod special de limitele testelor de diagnosticare – limite care sunt deosebit de acute în boala Lyme. Mă refer la disconfortul creat de incertitudine, de ambiguitate, de faptul de a nu şti. Iar doctorii care resimt cel mai puternic acest disconfort sunt cei mai predispuşi la a se agăţa de un diagnostic sau un semn distinctiv al unui diagnostic şi de a-şi distorsiona propria gândire, încercând să-şi dovedească lor înşişi şi pacienţilor că ştiu despre ce e vorba.

Adevărul este că doctorii nu reuşesc să găsească o cauză pentru simptomele pacientului mult mai des decât le place lor să recunoască. Acest lucru a fost ilustrat elocvent într-un studiu din 1998 pe două sute de pacienţi diagnosticaţi cu boala Lyme. S-a dovedit că, în cazul a peste jumătate dintre pacienţi, *nu* exista nicio dovadă că ar fi contractat vreodată boala Lyme. După cum am văzut, este posibil ca unii dintre aceşti pacienţi să fi fost trataţi pentru boala Lyme atât de rapid încât nu au ajuns să-şi creeze niciodată anticorpii care ar fi atestat infectarea lor. Poate. Dar, cu siguranţă, asta nu ar putea explica această proporţie imensă de pacienţi al căror test Lyme a ieşit negativ.

Doar în cazurile a 44 din 200 de pacienţi (20%) s-a descoperit că au boala Lyme activă – cu simptome, rezultate ale examinării fizice şi analize de sânge indicând boala Lyme. Alţi 40 (19%) au fost descoperiţi cu sindromul post-boală Lyme – cu antecedente clare de infecţie Lyme, tratament adecvat şi simptome persistente. Ceilalţi 116 pacienţi din studiu – 60% dintre toţi participanţii – nu prezentau nicio dovadă a prezenţei bolii Lyme fie curentă, fie trecută, deşi toţi fuseseră diagnosticaţi ca având boala în mod evident, aceste rezultate arată că boala Lyme este într-adevăr supradiagnosticată. Dar ele aruncă lumină şi asupra problemei incertitudinii în medicină.

Dacă cei 116 pacienţi care credeau că au Lyme *nu aveau*, atunci ce *aveau*? Mai multe afecţiuni, după cum s-a văzut. Paisprezece aveau artrită reumatoidă. Cincisprezece aveau osteoartrită. Opt au fost diagnosticaţi cu alte infecţii, iar alţi doisprezece aveau diverse tipuri de tulburări neurologice, cum ar fi scleroză multiplă sau scleroză laterală amiotrofică (SLA), adesea numită boala Lou Gehrig. Alţi câţiva au fost diagnosticaţi cu depresie.

Aceste diagnostice acopereau jumătate din cei 116 – şi demonstrează clar cum diagnosticul-fantomă de „boală Lyme de tip

cronic” ascunde multe alte boli pentru care pacienţii ar trebui trataţi. Dar cealaltă jumătate dintre participanţi erau şi ei interesanţi. Aceşti oameni aveau, în mod evident, suferinţe reale – simptome reale –, dar nici doctorii cercetători, nici medicii lor curanţi nu puteau determina cauza lor. Aceşti pacienţi aveau ceea ce doctorii numesc „simptome neexplicate medical”.

Nimănui nu-i place să nu ştie, dar probabil că doctorii găsesc această stare încă şi mai insuportabilă, deoarece ea afectează grav capacitatea lor de a alina suferinţa, care constituie adesea motivaţia fundamentală a întregii lor cariere. Dar disconfortul unui doctor în faţa inexplicabilului îl poate abate de la calea cea dreaptă. Decât să accepte că simptomele unui pacient sunt reale, dar inexplicabile, mult prea adesea doctorii mai degrabă fie neagă simptomele ca nefiind reale („ţi se pare doar”) sau, dimpotrivă, fie suprainterpretează nişte probe sumare, în încercarea de a exclude incertitudinea printr-un diagnostic clar. Niciuna dintre aceste reacţii nu serveşte pacientului.

Putem vedea rezultatele acestor două tipuri de reacţie în experienţele lui Will Hammer.

„Doctorii mei mă lăsau să îmi enumăr simptomele, mă trimiteau să fac o grămadă de analize şi când acestea ieşeau normale, îmi ziceau: «Ce mai cauţi aici? Nu putem găsi nimic în neregulă cu tine, totul trebuie să fie doar în capul tău». Dar durerile acestea pe care le am, oboseala, dezorientarea, ele nu sunt doar în capul meu. Sunt în corpul meu. Aveam nevoie de cineva care să mă ajute. Atunci am găsit-o pe dr. Gaito.”

Negând simptomele lui Will, doctorii lui îl abandonaseră, într-un sens foarte real al cuvântului. Nu avea o boală pe care ei o cunoşteau, deci nu era bolnav cu adevărat. L-au lăsat vulnerabil în faţa unei game largi de practicieni – atât tradiţionali, cât şi „alternativi” – care oferă compasiune, explicaţii rapide pentru simptome şi un plan de vindecare sigur. Acestea sunt exact lucrurile pe care i le-a oferit dr. Gaito. L-a ascultat pe Will, i-a confirmat sentimentele şi i-a oferit o poveste convingătoare asupra simptomelor lui – un diagnostic aparent solid şi substanţial.

„Dr. Gaito crede că este vorba de boala Lyme de tip cronic”, mi-a spus Will. „M-a tratat pentru asta şi, chiar dacă nu m-am însănătoşit de tot, mă cutremur când mă gândesc cum aş fi dacă nu aş fi luat antibiotice toţi anii ăştia. Nu, cred că probabil o să ajung să iau antibiotice pentru tot restul vieţii mele şi dacă trebuie, sunt dispus să o fac.”

Fantoma a fost alungată

Povestea lui Will este rezultatul unei reţele complexe de factori, în inima căreia se află testele de diagnosticare neobişnuit de complicate şi incert folosite – sau nefolosite – pentru pacienţii care au boala

Lyme. Dar, chiar dacă dr. Gaito şi Will au rămas fideli credinţei lor în fantomatica „boală Lyme de tip cronic”, în cele din urmă Carol Ann a scăpat din această fundătură psihologică şi medicală.

Carol Ann a luat săptămâni întregi medicamentele prescrise de dr. Davidson. Greaţa continua să o afecteze, dar ea şi-a urmat tratamentul cu încăpăţânare. Apoi simptomele ei, care la început păruseră că se ameliorează, au revenit încet. Davidson i-a modificat doza de antibiotic şi, când asta nu a dat rezultate, a modificat-o iar. La fiecare modificare, Carol Ann începea să se simtă puţin mai bine, dar niciodată starea aceasta nu dura. După câteva asemenea luni, Carol Ann a revenit la cabinetul lui Davidson – frustrată şi bolnavă. Toate simptomele se manifestau iarăşi, iar noul ei medicament îi provoca greţuri la fel de mari ca şi cel vechi. La acel moment lua antibiotice de peste şase luni şi era – cel mult – într-o stare mai proastă decât atunci când îl consultase prima oară.

„Am doar şaizeci de ani şi mă simt ca o femeie bătrână”, i-a spus ea. „Ce e în neregulă cu mine? Dacă e vorba de boala Lyme de tip cronic, de ce starea mea se înrăutăţeşte?” E o întrebare interesantă, i-a spus medicul. Dacă ar fi o infecţie persistentă, s-ar fi aşteptat ca ea să se simtă mai bine. Aşa că – Davidson a făcut o pauză – poate că, la urma urmei, nici nu e vorba de boala Lyme de tip cronic. Poate că e altceva. A încurajat-o pe Carol Ann să se ducă din nou la doctorul ei de medicină primară. Poate că el putea s-o ajute. Davidson nu îngrijea decât pacienţi care aveau boala Lyme. El făcuse tot ce putea să facă.

Descurajată şi deprimată, Carol Ann a fost de acord. Internistul ei a trimis-o la un alt reumatolog şi, în cele din urmă, la aproape doi ani după primele ei simptome, Carol Ann a intrat în cabinetul doctoriţei Linda Bockenstedt de la Yale School of Medicine. În timp ce se aşeza în sala de aşteptare posomorâtă, Carol Ann se întreba dacă nu cumva făcuse o greşeală. Părea mai degrabă o clinică decât un cabinet tipic al unui doctor. Aproximativ douăzeci de pacienţi aşteptau la unul dintr-un întreg şir de doctori ale căror nume le văzuse pe uşă atunci când intrase. În cele din urmă, a fost condusă într-o cameră de examinare mică şi puternic iluminată. Nu exista nicio fotografie pe pereţi şi niciun obiect personal pe birou. Încăperea era la fel de rece şi impersonală ca o cameră de hotel.

Acea răceală a dispărut din încăpere în momentul în care a intrat Bockenstedt. Doctoriţa era o femeie înaltă, cu păr deschis la culoare şi ochi calzi, căprui. După ce s-a prezentat, s-a aşezat pe un scaun metalic şi, privind-o pe Carol Ann în ochi, a întrebat-o pentru ce venise. Apoi a ascultat – fără să întrerupă – în timp ce Carol Ann îşi depăna întreaga ei poveste. A descris cum fusese diagnosticată iniţial cu boala Lyme şi simptomele nebuneşti care urmaseră. A povestit despre lungul şi ineficientul tratament cu antibiotice şi preţul teribil

plătit de stomacul şi de corpul ei. Acum de-abia putea să-şi mişte braţele şi umerii o dureau în timpul zilei, iar noaptea şoldurile şi genunchii îi pulsau, făcând-o să-i fie aproape imposibil să adoarmă. Era obosită, de-abia se putea concentra. Memoria ei era distrusă. Era irascibilă şi îşi ieşea din fire frecvent. Bockenstedt îşi lua notiţe în timp ce Carol Ann vorbea, iar după ce a terminat i-a mai pus câteva întrebări care s-o ajute să analizeze simptomele ei deconcertante.

Apoi Bockenstedt a examinat-o minuţios pe Carol Ann, acordând o atenţie specială articulaţiilor ei dureroase. Gâtul şi umerii ei erau sensibili la atingere şi prea înţepeniţi ca să se poată mişca normal. Mâinile şi articulaţiile afectate cel mai frecvent în artrita reumatoidă şi în lupus erau flexibile şi nedureroase. În timpul examinării, şoldurile şi genunchii lui Carol Ann erau nedureroase şi se mişcau normal, dar ea se plângea că noaptea o dor şi că dimineaţa sunt atât de înţepenite, încât îi e greu să se dea jos din pat. Restul examinării nu indica nimic anormal.

La sfârşitul consultaţiei, Bockenstedt avea în vedere trei diagnostice posibile. Primul – şi cel mai îngrijorător – era o boală nu a articulaţiilor, ci a vaselor de sânge, cunoscută drept arterita cu celule-gigante. Această boală apare cel mai adesea la femeile peste cincizeci de ani şi atacă vasele mari de sânge din corp. Netratată, poate provoca orbire şi atac cerebral. Cele mai frecvente simptome sunt oboseală, pierdere în greutate şi dureri corporale – pe care Carol Ann le avea – ca şi dureri de cap şi de maxilar – pe care nu le avea. Totuşi, nu era o boală pe care Bockenstedt ar fi vrut s-o rateze.

O altă variantă, cea care i se părea cea mai probabilă lui Bockenstedt, era o boală frecventă, dar puţin înţeleasă, a muşchilor şi articulaţiilor numită polimialgie reumatică, abreviată PMR. Această boală provoacă în mod frecvent înţepenirea gâtului, a umerilor şi a articulaţiilor şoldului, ca şi oboseală şi, uneori, febră. Unul dintre cele mai interesante aspecte ale PMR rezidă în faptul că este brusc pe deplin dezvoltată. Pacienţii spun adesea că se simt de parcă ar fi făcut o boală asemănătoare cu gripa care nu s-a mai vindecat niciodată.

A treia posibilitate era artrita reumatoidă – simptomele lui Carol Ann nu erau clasice, dar dacă nu e tratat, acest tip de artrită poate produce daune permanente la articulaţii.

Blockenstedt i-a explicat lui Carol Ann ce gândea ea şi a trimis-o să facă analize pentru depistarea vreuneia dintre aceste afecţiuni ale articulaţiilor şi să repete testele pentru boala Lyme. A cerut de asemenea radiografii ale umerilor, care ar fi arătat daunelor produse la nivelul articulaţiilor de artrita reumatoidă, dacă ea exista.

Două săptămâni mai târziu, Carol Ann se afla din nou în cabinetul lui Bockenstedt. Aceasta nu a pierdut timpul deloc: era foarte sigură că boala lui Carol Ann este polimialgia reumatică. Radiografiile

eliminaseră artrita reumatoidă, iar analizele de sânge nu arătaseră niciun semn de infecţie bacteriană – cu bacteria Lyme sau orice alt tip de bacterie.

Ca o ironie a sorţii, nu există niciun test pentru polimialgia reumatică. În schimb, sunt utilizate teste care îi elimină pe ceilalţi candidaţi posibili, iar diagnosticul se bazează pe aceste teste şi pe seria de simptome ale pacientului. Bockenstedt i-a explicat de ce i se păreau convingătoare probele în favoarea PMR. Carol Ann prezenta o manifestare clasică a acestei boli. În primul rând, femeile sunt de patru ori mai expuse riscului de PMR decât bărbaţii. Carol Ann avea peste cincizeci de ani – grupul cu riscul cel mai ridicat pentru această boală (una din fiecare două sute de femei de peste cincizeci de ani face PMR). Simptomele ei apăruseră dintr-odată şi păruseră să indice o infecţie. Durerile ei erau localizate mai ales la articulaţiile mari, care susţin corpul – umeri şi gât, şolduri şi genunchi. Coloana vertebrală şi articulaţiile mai mici ale braţelor şi picioarelor sunt de regulă cruţate. Şi, bineînţeles, radiografiile şi analizele de sânge nu arătau niciun semn al vreunei alte boli reumatologice sau vreunei alte infecţii.

Carol Ann a primit toate aceste informaţii fără să spună nimic. În cazul în care chiar era adevărat, atunci dr. Davidson se înşelase şi ea îndurase inutil toate acele stări de greaţă care durează de luni de zile. Nu era foarte pregătită să accepte acest nou diagnostic, chiar dacă avea încredere în Bockenstedt. Şi în Davidson avusese încredere. În plus, citise pe internet că Prednisonul – medicamentul pe care i-l sugera Bockenstedt – îi putea agrava o infecţie ascunsă, dacă avea aşa ceva.

— Deci nu credeţi de fapt că aş avea boala Lyme de tip cronic? a întrebat Carol Ann.

Bockenstedt a făcut o pauză.

Era un teritoriu periculos. Bockenstedt ştia din propriile experienţe amare că „specialiştii în Lyme” – fie că erau doctori sau pacienţi – pot să fie feroce în atacurile lor asupra doctorilor care sunt sceptici faţă de această boală. Îşi făcuse pregătirea la Yale şi văzuse, în 2000, cum „specialiştii” protestaseră în faţa laboratorului lui Allen Steere. Strigau şi purtau pancarte care îl acuzau pe fostul erou al bolii Lyme că e un ucigaş şi un monstru. Steere fusese apostrofat şi chiar primise ameninţări cu moartea. De ce? Pentru că fusese de acord cu acele date. Declarase public că nu există nicio dovadă care să sprijine administrarea de tratamente repetate cu antibiotice, după tratamentul iniţial pentru boala Lyme.

Şi doar cu un an în urmă, în timp ce Infectious Diseases Society of America se pronunţase împotriva tratamentului îndelungat cu antibiotice în boala Lyme, ILADS îi acuzase pe membrii acesteia că sunt plătiţi de companiile de asigurări, cărora nu le păsa de pacienţi şi

care pur şi simplu nu voiau să plătească. (Amintirile vii ale lui Bockenstedt despre atacurile *ad hominem* au făcut-o chiar să fie reticentă faţă de ideea participării la această carte, dar în cele din urmă dedicarea ei faţă de educarea publicului a fost mai puternică.)

Prin urmare, Bockenstedt a cântărit atent cuvintele lui Carol Ann.

Apoi i-a spus că nu exista niciun indiciu că ar suferi de boala Lyme în acel moment. Niciunul dintre testele pe care le făcuse nu ieşise pozitiv după criteriile CDC. Trecând în revistă documentele lui Devries, Bockenstedt observase că, la primele două teste, efectuate de dr. Davidson, două benzi din testul Western blot fuseseră pozitive, dar nu cele cinci recomandate de CDC. Iar în testele făcute de Bockenstedt, niciuna dintre benzi nu era „iluminată". Simptomele lui Carol Ann şi autoritatea testelor indicau în mod convingător polimialgia reumatică drept sursă a problemelor ei curente.

— Nu, i-a spus ea lui Carol Ann. Nu cred că ai boala Lyme de tip cronic. Ştiu că ai trecut prin multe. Dar cred că poţi avea încredere în acest diagnostic.

Orice îndoieli ar fi nutrit Carol Ann, acestea au dispărut la câteva zile de la începerea tratamentului. Prednisonul a acţionat rapid şi în curând articulaţiile nu o mai dureau. După doi ani de insomnii, a dormit în sfârşit o noapte întreagă. Senzaţiile ei asemănătoare gripei au dispărut. Putea gândi, se putea concentra, îşi putea aminti. Se simţea o femeie nouă.

Asta a fost în urmă cu patru ani. Carol Ann a luat Prednison doar puţin peste un an, reducând doza încet spre sfârşit, după cum îi recomandase Bockenstedt, pentru ca organismul ei să se poată adapta. De atunci a mai avut o izbucnire a vechilor simptome, dar aproximativ o săptămână de Prednison a îmblânzit durerea şi a deblocat rigiditatea.

Deci, a avut Carol Ann *vreodată* boala Lyme? Probabil că nu, mi-a spus Bockenstedt, dar e imposibil să ştii sigur. Fără îndoială, la momentul în care venise la cabinetul ei nu avea niciun semn al acestei boli. Articulaţiile ei dureroase nu erau umflate – cum sunt de obicei în artrita asociată cu Lyme. Şi niciunul dintre testele pe care le făcuse Carol Ann pentru depistarea respectivei boli nu ajunsese la nivelul de certitudine solicitat de recomandările CDC. Era posibil ca ea să fie una dintre acele persoane la care bacteria Lyme fusese ucisă înainte să se creeze anticorpii. Sau poate că erupţia pe care îşi bazase diagnosticul doctorul de la urgenţe era un singur semn de la un acces anterior. Bockenstedt crede cu tărie că, de fapt, Carol Ann suferise în tot acest timp de PMR, dar are grijă să recunoască faptul că nu poate şti cu certitudine. Ceea ce este exact modul în care funcţionează adesea diagnosticele reale ale unor boli reale.

Avem instrumente care sunt esenţiale pentru punerea diagnosticului. Ai anamneza. Ai examinarea fizică. Ai analizele. În cele din urmă ai tratamentul. Toate sunt piese ale unui puzzle, indicii care duc la diagnosticul final. Bockenstedt spune: „Dacă eu aş fi tratat-o pe Carol Ann cu steroizi şi starea ei nu s-ar fi ameliorat, mi-aş fi pus întrebarea – oare chiar asta are?” Dar steroizii au funcţionat – aproape perfect. Şi astfel, deşi Carol Ann avea o poveste care sugera destul de clar prezenţa bolii Lyme, examinarea ei fizică nu indica boala aceasta, testele ei nu arătau această boală şi tratamentul nu o ajuta. „Ţinând seama de toate acestea, nu pot să înţeleg cum cineva ar putea să susţină că boala Lyme e cea care îi provoca toate acele dureri”, conchide dr. Bockenstedt.

Testele au schimbat modul în care este practicată medicina. Cu ajutorul testelor, doctorii pot să fie acum mai siguri decât oricând altcândva în lunga istorie a medicinei pe un anumit diagnostic. Dar testele nu pun un diagnostic – gândirea o face. Fără îndoială, nişte teste mai bune duc la un mod de gândire mai bun, iar bolii Lyme cu siguranţă i-ar **prinde** bine nişte teste mai bune. Până când o să apară unul, şi ponte mult timp după aceea, grijile legate de diagnosticele de Lyme raiale sau puse târziu vor continua să fie o sursă de confuzie şi dispută pentru doctori şi pacienţi deopotrivă.

Partea a IV-a

Limitele inteligenţei medicale

Capitolul 9

Gândirea bolnavă

David Powell stătea liniştit în separeul mic de la urgenţe. Pieptul şi braţele lui musculoase de-abia dacă erau acoperite de cămaşa de noapte de spital din bumbac subţire. Părea mult prea robust pentru a fi internat, şi totuşi aceasta era cea de-a patra vizită la urgenţe din ultimele două luni.

— Îmi pierd puterea, i-a explicat el liniştit doctoriţei Christine Twining, o tânără rezidentă. Doctorii îmi tot spun că nu am atac de cord. Bun, asta e bine, mă bucur că nu am probleme cu inima. Dar n-ar putea să-mi spună cineva care *este* problema?

Totul începuse în urmă cu câteva luni, când David, care avea douăzeci şi şapte de ani, îşi simţise mâinile şi degetele amorţite. Apoi a început să aibă dureri de piept – o strângere sau greutate ciudată care îl făcea să respire cu dificultate. Asta îl făcuse să meargă la camera de gardă din oraş primele două dăţi. Mama lui murise recent în urma unui atac de cord şi îi era teamă că şi el are unul. După ce doctorii de la urgenţe i-au auzit povestea, şi ei au crezut că e vorba de o problemă cardiacă. Dar la fiecare vizită, EKG-ul era normal, analizele de sânge nu indicau vreun atac de cord, iar testele de stres sugerau că nici nu era probabil să aibă unul în viitorul apropiat. Asta era liniştitor, dar nu era un răspuns.

La sfârşitul toamnei şi începutul iernii, David a început să aibă dificultăţi să ţină pasul la muncă – chiar în sensul propriu al expresiei. Era lucrător la salubritate şi a observat că sprinturile de la casă la camion, care făcuseră parte din rutina lui zilnică, acum îl făceau să gâfâie. Iar containerele pe care le golea erau, cumva, mai grele. Muşchii îl dureau încontinuu; avea crampe frecvente. La sfârşitul turei, braţele şi picioarele îi tremurau de epuizare.

— Colegii mă întrebau ce-i cu mine, pentru că eu sunt puternic, ridic greutăţi, dar mie mi-era ruşine să le spun că mă simt slăbit, i-a explicat David tinerei doctoriţe. Aşa că le spuneam doar că în ziua dinainte am muncit din greu la sală.

Adevărul era că nu mai reuşise să meargă la sală de săptămâni de zile. Pur şi simplu, nu avea suficientă putere. Şi mai erau şi alte simptome: pierdea în greutate – zece kilograme în două luni. Şi era obosit. După muncă, dormea, se trezea pentru cină, apoi se întorcea în pat. Şi era şi groaznic de constipat.

Apoi, chiar înaintea Crăciunului, făcea cumpărături cu soţia lui şi se tot ciocnea de cumpărători în mall-ul aglomerat. „Nu reuşeam să merg drept”, a spus el. Îşi simţea pieptul strâns, ca şi cum ar fi purtat un brâu în jurul cutiei toracice. Când a început să se clatine, în seara aceea, soţia lui a insistat să meargă din nou la urgenţe. În timpul vizitei, cea de-a treia, i s-a făcut încă un EKG, care a ieşit normal, şi un

set de analize de sânge, tot normale, şi încă un doctor i-a asigurat, pe el şi pe soţia lui, că nu are un atac de cord.

O săptămână mai târziu, aproape că a căzut din spatele camionului.

— Degetele mele erau foarte slăbite, a spus el.

Nu mă puteam prinde bine. Încă o hurducătură şi aş fi căzut la pământ.

Asta îl adusese pe David la urgenţe acum. În timp ce îşi spunea povestea – cu o voce moale şi egală – îşi studia mâinile, descriind nesupunerea lor: în ultima perioadă trebuia să le folosească pe amândouă pentru a-şi ţine cana de cafea; scrisul lui de mână devenise o mâzgăleală de copil – de-abia îl putea citi el însuşi; degetele nu mai simţeau diferenţa dintre bumbacul aspru al hainelor de lucru şi mătasea catifelată a cravatei de duminică.

Când David a revenit de data aceasta la urgenţe, doctorul de acolo a cerut iar un EKG şi analize de sânge, pentru a depista vreun eventual atac de cord. Acesta este, practic, un reflex, atunci când se prezintă cineva care se plânge de dureri de piept. Totuşi, în timp ce parcurgea fişa medicală a tânărului, doctorul ştia că era puţin probabil ca aceasta să ofere vreun indiciu despre ceea ce îl tot făcea pe tânăr să revină de fiecare dată. Specialiştii în medicina de urgenţă sunt pregătiţi să diagnosticheze şi să trateze boli care pun viaţa în pericol – urgenţe medicale adevărate. Pentru majoritatea pacienţilor care vin la camera de urgenţă şi nu au astfel de necesităţi imediate, medicii de acolo iau altă decizie foarte importantă referitoare la îngrijirea lor: trebuie pacientul să fie internat în spital sau e vorba de ceva ce poate fi tratat ambulatoriu? Deşi bărbatul acesta avea unul dintre simptomele-cheie de care suntem cu toţii învăţaţi să ne ocupăm – dureri de piept – doctorul de la urgenţe s-a gândit că e puţin probabil ca investigaţia medicală obişnuită în cazul durerilor de piept să ofere acestui om diagnosticul de care avea nevoie. Aşa că a rugat-o pe Christine Twining, unul dintre rezidenţii de medicină internă, să îl consulte şi să-l interneze în spital, astfel încât să-şi dea seama cineva despre ce e vorba. Deşi probabil că nu era o urgenţă, lui i se părea că acel tânăr e cu adevărat bolnav.

Twining a ascultat cu atenţie povestea lui David. Era atât de tânăr şi arăta atât de sănătos. Ce ar fi putut să fie în neregulă cu el? Avea doar douăzeci şi şapte de ani, nu fuma şi nu bea. Trăia împreună cu soţia şi cu fiica lor de şase ani. Deşi mama lui murise la cincizeci şi cinci de ani de atac de cord, iar doi veri ai lui aveau anemie falciformă, restul familiei era sănătoasă.

Fizic vorbind, David avea o constituţie solidă. Avea puţin peste 1,80 în şi cântărea 110 kilograme – ridicatul greutăţilor eliminase grăsimea, astfel că rămăseseră doar muşchi. La examinare nu s-a găsit nicio dovadă de atrofie a muşchilor bine definiţi şi, chiar dacă el a efectuat

cu uşurinţă testele standard de putere din cabinetele doctorilor, Twining s-a gândit că motivul ar putea fi că teste respective nu fuseseră concepute pentru cineva cu o putere mult mai mare decât media, precum acest bărbat tânăr.

David se plânsese de o senzaţie de amorţeală la nivelul mâinilor şi al picioarelor. Când Twining le-a examinat, acestea arătau, fără îndoială, normal, dar atunci când le-a împuns cu instrumentul ascuţit cu care obişnuia să testeze sensibilitatea, David nu a simţit. Iar când a bătut în articulaţiile lui cu micul ciocan de cauciuc, zvâcnirea spontană obişnuită era complet absentă. David nu avea niciun fel de reflexe. Când i-a spus să închidă ochii şi să-i spună dacă i-a mişcat degetul mare de la picior în sus sau în jos, testând unul dintre cele mai primitive simţuri ale noastre, el nu a putut să-i spună nici măcar asta.

Apoi doctoriţa a observat un rezultat al unei analize de sânge făcute la una dintre vizitele precedente ale pacientului la urgenţe: avea un nivel scăzut al globulelor roşii. Anemia este neobişnuită la un tânăr altfel sănătos. David avea două simptome foarte diferite —~ anemie şi această ciudată slăbiciune şi pierdere a sensibilităţii. Erau ele legate? Twining nu putea să-şi dea seama pe baza datelor pe care le avea deocamdată.

A analizat mai întâi pierderea puterii şi a sensibilităţii din braţe şi picioare: având ambele simptome, era evident că problema o constituiau nervii lui – şi nu muşchii. Existau zeci de cauze posibile ale acestui tip de neuropatie: diabet, exces de alcool, sifilis, HIV, boală de tiroidă, cancer. Dar niciuna nu se potrivea acestui pacient.

Dată fiind ocupaţia lui, doctoriţa a luat în calcul o cauză neobişnuită a acestui tip de avariere a nervilor: toxinele. Era oare posibil ca el să fi intrat în contact cu vreo substanţă periculoasă aruncată neglijent sau ilegal în gunoiul obişnuit? Arsenicul putea provoca acest tip de avariere a nervilor; plumbul şi mercurul la fel. Mai mult, aceste toxine puteau explica atât anemia, cât şi neuropatia, dacă ele erau de fapt legate.

Cum rămânea cu anemia? Oare nivelul redus al globulelor roşii precedase această nouă boală? Anemia falciformă exista în familia lui şi, chiar dacă el nu avea niciun simptom al acestei afecţiuni dureroase, era oare posibil ca durerile lui de piept să provină de la ea? David se plângea de dureri abdominale: se putea oare să aibă hemoragie în stomac sau în intestine? Era posibil, deşi nu se găsise nicio urmă de sânge în scaunele lui.

Raportul de la laborator indica prezenţa câtorva globule albe anormale în sânge: aceste celule aveau nuclee de forme neregulate, ceea ce sugera că anemia se datorează unei deficienţe nutriţionale. O dietă săracă în acid folie sau în vitamina B12 putea provoca anemie,

ca şi acest tip de globule albe anormale. Mai mult, deficienţa vitaminei B12 putea provoca şi simptomele neurologice. Este uşor să obţii nivelul adecvat de vitamina B12 dintr-o dietă normală, şi părea foarte puţin probabil ca tânărul acesta bine hrănit să aibă o astfel de deficienţă. Dar doctoriţa trebuia să fie sigură, deoarece corpul nu poate produce singur vitamina B12, iar o deficienţă reală poate provoca dizabilitate permanentă – şi chiar moartea. Iar tratamentul este simplu şi sigur: asigurarea vitaminelor lipsă anulează toate simptomele.

Twining a trimis mostre de sânge pentru investigarea originii anemiei şi pentru depistarea vreunei expuneri recente la mercur sau arsenic. Alte cauze ale acestei neuropatii, s-a gândit ea, erau mult mai puţin probabile şi putea să le investigheze mai târziu, dacă era necesar.

Rezultatele testelor pentru anemie au venit primele. David nu prezenta niciun fel de indicii ale anemiei falciforme sau ale unei alte boli sangvine congenitale. Avea niveluri normale de fier şi acid folie. Dar nivelul vitaminei B12 era periculos de redus: o zecime din cel normal. Doctoriţa era sigură că asta era cauza slăbiciunii, amorţelii, constipaţiei şi anemiei lui David. Putea explica până şi durerile de piept şi dificultăţile de respiraţie.

Cauza anemiei lui David a fost demonstrată prin încă o analiză a sângelui. Avea o boală autoimună care poartă unul dintre acele nume plastice de secol al XIX-lea: anemie pernicioasă. În această boală, sistemul imunitar al corpului distruge din greşeală proteina responsabilă pentru absorbirea acestei vitamine din hrana digerată şi introducerea ei în sânge. Sistemul imunitar creează anticorpi pentru această proteină, exact ca şi cum ea ar fi un virus sau o bacterie invadatoare. David a început să primească imediat vitamina B 12 injectabilă – trebuia să ia suplimente de B 12 pentru tot restul vieţii. Rezultatele au fost spectaculoase şi aproape imediate.

— Cu fiecare zi, simt că sunt tot mai puternic, mi-a spus David când l-am sunat, la puţin timp după diagnosticarea lui.

La o săptămână după prima lui injecţie a putut să revină la serviciu.

— În sfârşit, acum pot să alerg din nou. Îmi pot ridica fiica în braţe. Îmi dau seama că totul o să revină la normal.

Atunci când gândirea o ia razna

Povestea lui David este un exemplu de eroare de diagnosticare. Cercetătorii definesc eroarea de diagnosticare ca fiind un diagnostic care este greşit, ratat sau întârziat.

Şi chiar dacă Powell nu a suferit complicaţii ireversibile şi a revenit la starea lui anterioară de sănătate, pentru asta a fost nevoie de patru vizite la camera de urgenţă.

David a avut noroc. Multe studii arată că erorile de diagnosticare au adesea un cost tragic. Ele sunt a doua cea mai importantă cauză a proceselor de malpraxis intentate spitalelor. Iar un studiu recent asupra rezultatelor la autopsie a identificat discrepanţe de diagnostic – o diferenţă între diagnosticul primit în timpul vieţii şi cel descoperit după moarte – în nu mai puţin de 20% din cazuri. Autorii acestui studiu estimează că, în aproape jumătate din aceste cazuri, cunoaşterea diagnosticului corect ar fi schimbat planul de tratament. Extrapolate la milioanele de oameni care primesc îngrijiri medicale în fiecare an doar în Statele Unite, acele 10 procente de erori de diagnosticare înseamnă un cost imens de suferinţe şi decese care ar fi putut fi evitate.

Iar pacienţii sunt îngrijoraţi. Un studiu a arătat că peste o treime dintre pacienţii chestionaţi după vizitarea camerei de urgenţă îşi făceau griji în legătură cu erorile medicale; cea mai mare îngrijorare era, de departe, posibilitatea de a fi fost diagnosticaţi greşit. Au dreptate să fie îngrijoraţi. O recentă trecere în revistă a datelor a raportat că doctorii de medicină primară – cei din cabinetele de familie şi de medicina internă – prezintă o rată a erorii de diagnosticare între 2 şi 10%. Până la unul din zece pacienţi consultaţi sunt diagnosticaţi greşit.

Bineînţeles, această cifră se referă doar la vizite singulare; oricine a fost la doctor pentru o problemă complicată ştie că, adesea, aceasta este soluţionată în decursul mai multor vizite. Doctorii de la camera de gardă prezintă o rată a erorilor de diagnosticare oarecum mai mare, specialiştii o rată oarecum mai mică. Asta nu înseamnă că specialiştii sunt doctori mai buni sau cei de la urgenţă mai puţin buni. Incertitudinea din jurul unui diagnostic şi, astfel, probabilitatea erorii este mai mare atunci când pacientul se prezintă prima oară cu o problemă – la camera de gardă sau la cabinetul medicului de familie. La momentul la care pacientul ajunge la specialist, mare parte din incertitudinea legată de diagnosticul lui a fost eliminată.

Există multe moduri de a stabili greşit un diagnostic. În capitolele anterioare am analizat modul în care fiecare element al strângerii de date medicale poate să eşueze şi să conducă la diagnostice greşite – efectuarea unei anamneze inadecvate sau a unei examinări ineficiente, sau neexaminarea pacientului. Înţelegerea sau interpretarea greşită a unei analize poate, de asemenea, să deraieze procesul de diagnosticare. Dar probabil că cel mai comun tip de eroare de diagnosticare – şi cel asupra căruia mă voi concentra în acest capitol – este cel care are loc în capul doctorului: eroarea cognitivă, ceea ce eu numesc, în acest capitol, gândire bolnavă. (Toţi cei interesaţi să afle mai multe despre această problemă importantă

ar trebui să citească excelenta carte a lui Jerome Groopman, *How Doctors Think*.)

Prin urmare, cât de des se datorează erorile gândirii bolnave? Mark Graber, doctor şi cercetător la VA Hospital din Long Island, New York, a vrut să răspundă la această întrebare, El a strâns o sută de cazuri de erori medicale de la cinci spitale, din decursul a cinci ani. În fiecare caz au fost trecute în revistă documentele şi, unde a fost posibil, doctorii implicaţi au fost intervievaţi în maximum o lună de la descoperirea erorii. Era vorba de erori grave. În 90% dintre cazuri, pacienţii au avut de suferit de pe urma erorii; treizeci şi trei de pacienţi au murit.

Graber a împărţit diagnosticele ratate sau întârziate în trei categorii. (Cele trei categorii se suprapuneau, într-o oarecare măsură; deloc surprinzător, cele mai multe erori de diagnosticare se datorau unor factori multipli.) „Erorile neimputabile” sunt greşeli care apar din cauza unor factori pe care medicul nu îi poate controla. Când o boală se prezintă într-un mod neobişnuit şi atipic – de exemplu, atunci când o persoană în vârstă cu apendicită are febră, dar nu şi dureri abdominale – sau atunci când pacientul oferă informaţii incorecte – cum se poate întâmpla în cazul unui pacient cu sindromul Munchausen – este posibil ca ratarea sau întârzierea diagnosticului să fie inevitabilă. Aceasta era, de departe, cea mai restrânsă categorie de erori de diagnosticare, prezentă la doar şapte din o sută de cazuri.

Graber a descoperit că sistemul nostru medical complex şi adesea prost coordonat contribuie şi el la erorile de diagnosticare. Atunci când rezultatele unei analize nu fuseseră trimise la timp sau apăruseră probleme cu aparatele, Graber a încadrat greşelile de diagnosticare respective la categoria „erori de sistem”. De exemplu, o infecţie a tractului urinar poate fi ratată din cauză că o mostră de urină a fost lăsată prea mult timp înainte să fie colectată. Sau o pneumonie poate fi ratată din cauză că un departament de radiologie suprasolicitat nu a citit corect o radiografie crucială. Aceste cazuri erau relativ frecvente; peste două treimi din erorile studiate de Graber implicau anumite defecte în sistem.

Problemele care îl interesau cel mai mult pe Graber erau ceea ce el numea „erori cognitive”, prin asta referindu-se la toate acele erori datorate doctorului însuşi, în studiul său, Graber a încadrat peste un sfert dintre toate greşelile comise, douăzeci şi opt din o sută, în categoria celor datorate doar erorilor cognitive. Jumătate din toate erorile comise se datorau unei combinaţii de sistem deficient şi gândire bolnavă.

Graber a detaliat mai departe această categorie a erorilor cognitive. Care aspect al cogniţiei dăduse greş? Era vorba de lipsa de cunoştinţe a doctorului? În majoritatea cazurilor, nu. Cunoştinţele

deficitare erau factorul-cheie în doar câteva dintre diagnosticele ratate, fiecare dintre acestea implicând o boală rară. Strângerea superficială de date — anamneză nesatisfăcătoare, constatări ale examinării fizice trecute cu vederea sau rezultate ale analizelor interpretate greşit – constituia o problemă mai frecventă, influenţând un procent de 14% din erorile de diagnosticare. Prin comparaţie, sintezele defectuoase – dificultăţile de corelare a datelor strânse şi cunoştinţelor – influenţau mai bine din jumătate dintre diagnosticele incorecte sau întârziate.

În cazul lui David Powell, atât sistemul, cât şi doctorii jucaseră un rol. La începutul bolii sale, David s-a dus la două camere de urgenţă diferite. A trimite documentele de la o cameră de urgenţă la alta poate necesita mult timp. Adesea, doctorii de acolo nici măcar nu încearcă să le obţină, pentru că şansele să le primească la timp pentru a-i fi de folos pacientului sunt mici. Prin urmare, din cauză că David s-a dus la două camere de urgenţă diferite, a doua lui vizită a fost, practic, o reluare a primei. Şi, chiar dacă pacientul i-a spus doctorului care l-a consultat la a doua lui vizită la camera de gardă că atacul de cord sau infarctul miocardic (IM) fusese deja „scos din schemă” în cazul său, doctorul, neavând documentele care să confirme asta, a preferat să repete analizele decât să rişte ratarea acestui diagnostic important.

Deoarece documentele lui nu erau disponibile, diagnosticul lui David a fost întârziat. Graber ar defini asta ca eroare de sistem. Fără îndoială, într-o lume ideală documentele pacientului ar trebui să fie disponibile imediat.

Dar doctorii de la urgenţă erau vinovaţi şi de erori de gândire. Fiecare descoperise că pacientul nu avea atac de cord, dar niciunul, în afară de ultimul, nu dusese acest proces de gândire la următoarea lui destinaţie logică. Niciunul dintre ei nu îşi pusese acea întrebare fundamentală a diagnosticării: ce altceva ar putea fi? Şi din cauză că nu au făcut asta, diagnosticul a fost ratat.

Este posibil ca ei să fi ratat diagnosticul şi dacă puneau o astfel de întrebare. Diagnosticul diferenţial pentru durere de piept necesită timp şi, deşi acesta este un simptom bine definit al anemiei pernicioase, boala însăşi este relativ neobişnuită. Dar ei nici măcar nu au încercat.

Se pare că, în medicină, nu mai auzi aproape nimic din ce urmează după cuvintele „dureri de piept”. Iar dacă eşti un bărbat adult cu dureri de piept, şansele sunt aproape zdrobitoare să sfârşeşti prin a primi un bilet pentru ceea ce eu am numit „expresul IM”. Mult prea adesea, aceste cuvinte declanşează o cascadă de EKG-uri, analize de sânge şi chiar teste de stres, în căutarea unui atac de cord – în ciuda

prezenţei altor semne şi simptome sau a investigaţiilor care ar putea sugera un diagnostic diferit.

În cazul fiecăruia dintre aceşti doctori se observase aşa-numita „concluzie prematură” – unul dintre cele mai frecvente tipuri de erori cognitive de diagnosticare. Concluzia prematură apare atunci când un doctor se agaţă de un diagnostic şi îşi „închide” procesul de gândire asupra alternativelor posibile de diagnosticare *înainte* de a strânge toate datele care ar justifica alegerea unei căi anume. În cazul lui David, gândirea doctorilor a fost distorsionată de doi factori: faptul că problemele cardiace sunt atât de frecvente la camera de gardă şi consecinţele potenţial cumplite ale unui atac de cord (ceea ce face ca sarcina diagnosticării să stea sub semnul presiunii şi al urgenţei). Doctorii l-au auzit pe David descriind simptomul clasic al infarctului miocardic – strânsoarea sau durerea ca o apăsare din piept, asociată cu dificultăţi respiratorii – şi au început să ceară analize şi examinări menite să clarifice problema cardiacă suspectată, în cazul concluziei premature, „Procesul de gândire ia sfârşit atunci când este pus un diagnostic.” Simptomele de slăbiciune şi amorţeală au fost notate pe fişă la fiecare vizită, dar nu au fost luate în considerare separat, deşi ele nu fac parte din manifestarea tipică a durerilor de piept. Atunci când „expresul IM” pleacă din gară, mult prea adesea tot ceea ce nu se potriveşte – ca atunci când David s-a plâns că-l lasă puterile – este dat deoparte.

Pat Croskerry este medic la urgenţă şi a scris mult despre procesul de gândire implicat în stabilirea unui diagnostic. Creierul, spune Croskerry, foloseşte două strategii de bază în eforturile lui de a găsi soluţia. Una este ceea ce Croskerry numeşte abordarea intuitivă. Această abordare „nonanalitică” funcţionează prin recunoaşterea tiparelor. El o descrie ca pe „un proces de corelare a unei situaţii noi cu unul dintre multele modele din memoria ta care pot fi accesate rapid şi fără efort. Drept consecinţă, este posibil ca, pentru a recunoaşte că un pacient are un atac de cord, un doctor să nu aibă nevoie de mai mult efort decât un copil pentru a recunoaşte că un anumit animal cu patru picioare este câine.”

Aceasta este capacitatea de recunoaştere instantanee pe care o are un expert adevărat, şi pe care o descrie Malcolm Gladwell în cartea sa, *Blink* – rapidă, asociativă, inductivă. Ea reprezintă „un tip de diferenţiere subtilă… înţelegerea situaţiilor pe baza celor mai discrete aspecte ale experienţei”. Intuiţia conduce la un diagnostic dominat de euristică – scurtături mentale, maxime şi evaluări empirice. Acesta este modul de diagnosticare folosit de doctorii de la urgenţă în timpul primelor câteva vizite ale lui David Powell acolo, cu dureri de piept şi o stare ciudată de slăbiciune.

Croskerry compară acest tip de gândire intuitivă, aproape instantanee, cu un tip de gândire deductivă.

Conform lui, această abordare analitică este lineară. Este un proces care urmează anumite reguli şi se foloseşte de logică pentru a înţelege cu adevărat o problemă. Este modelul Sherlock Holmes al tipului de gândire necesar în stabilirea unui diagnostic.

Croskerry crede că tipul cel mai eficient de gândire încorporează ambele modele, modul intuitiv permiţând doctorilor cu experienţă să recunoască tiparul unei boli – scenariul bolii – iar modul analitic abordând întrebarea esenţială din diagnosticare – ce altceva poate fi? — şi oferind instrumentele şi structurile care conduc la alte răspunsuri posibile.

În cazul Christinei Twining, doctoriţa care l-a diagnosticat în cele din urmă pe David Powell cu anemie pernicioasă, nu a existat niciun moment de tip *Blink* al recunoaşterii unui tipar şi al revelaţiei atunci când l-a auzit descriindu-şi pentru prima oară simptomele. Un lucru părea clar: David nu avea atac de cord. Twining simţea teama şi frustrarea pacientului. „Se temea că o să-l trimit acasă cu asigurări că nu avea nimic la inimă, dar fără să aflu ce este. Dar eu nu-l puteam trimite acasă; habar n-aveam ce are."

Deoarece nu a existat acel tip de recunoaştere instantanee declanşată de combinaţia ciudată de dureri de piept cu slăbiciune şi anemie pe care o prezenta pacientul, Twining a fost obligată să abordeze problema sistematic, luând în considerare diagnostice posibile pentru fiecare dintre simptomele lui foarte diferite şi urmând o abordare mai lentă şi mai raţională, care în cele din urmă a adus şi răspunsul.

Ambele tipuri de gândire sunt esenţiale în medicină. Care dintre ele trebuie folosit depinde de gradul de incertitudine perceput în jurul unui set de circumstanţe.

Cu cât există mai multă certitudine într-un anumit set, cu cât acesta se aseamănă mai strâns cu o stare patologică recunoscută sau amintită, cu atât mai probabil e să foloseşti răspunsul intuitiv. Continuumul cognitiv al luării unei decizii, spune Croskerry, merge de la informai/intuitiv, la unul din capete, până la calculat/analitic la celălalt, iar natura sarcinilor merge de la cele foarte simple la cele complexe. „Şmecheria e să corelezi o anumită sarcină cu activitatea cognitivă adecvată."

Mare parte a cercetărilor privind erorile cognitive se concentrează asupra interpretării greşite a informaţiilor medicale. În cazul lui David, doctorii care au ratat diagnosticul de anemie pernicioasă s-au concentrat doar asupra a câteva dintre simptomele lui, ignorând antecedentele de amorţeală şi slăbiciune, anomaliile constatate la examinarea fizică şi chiar şi anemia, din cauza preocupării lor de a nu

rata un atac de cord. Dar erorile pot apărea de asemenea şi din interpretări ale datelor despre care nici măcar nu ne dăm seama că le facem, din cauza presupoziţiilor şi prejudecăţilor pe care le aducem la spital din viaţa noastră.

Prejudecăţile doctorului, justificate şi nejustificate

— Doamnă doctor, genunchiul meu a început iar să mă doară.

Vera Freeman a arătat spre genunchiul ei roşu şi umflat, după ce am intrat în camera de spital mică şi prost luminată. Era o femeie tânără şi atrăgătoare, cu părul împletit elegant şi împodobit cu mărgele strălucitoare.

— Aseară era bine, mi-a explicat ea. Iar acum uitaţi-vă la el

Cu două săptămâni în urmă, Freeman se trezise cu glezna – nu genunchiul – umflată şi dureroasă. Nu-şi amintea să se fi lovit acolo. „Pur şi simplu a apărut”, a spus ea, iar după ce s-a odihnit câteva zile i-a mai trecut. „Dar imediat ce mi-a trecut glezna, mi s-a umflat articulaţia mâinii. Era mare şi mă durea rău. Eram îngrijorată, dar a trecut şi asta.” Săptămâna următoare însă, genunchiul a început să i se umfle, iar ea s-a hotărât să vină la spital.

— Era atât de ciudat. Era ca şi cum aş fi avut o umflătură care nu se putea hotărî unde să apară.

M-a privit cu atenţie, să vadă dacă urmăream povestea ei.

A stat în spital câteva zile, primind câteva antibiotice intravenoase, apoi a fost trimisă acasă, cu alte antibiotice pe care să le ia oral. A luat pastilele timp de câteva zile, dar de îndată ce s-a simţit mai bine a neglijat să ia restul. Acum durerea şi umflătura reveniseră, iar ea voia să ştie de ce.

Freeman era sinceră în privinţa poveştii ei. Avea HIV, cu care fusese diagnosticată în urmă cu trei ani. Altfel, considera că e destul de sănătoasă. Nu fuma şi nu bea, deşi recunoştea că lua cocaină „ocazional”. Nu avea copii şi trăia într-un apartament împreună cu prietenul ei, cu care avea o relaţie îndelungată. Lucrase uneori ca prostituată, pentru a-şi putea cumpăra cocaină.

La examinare, pielea măslinie era caldă. Mişcarea articulaţiei i-a smuls un ţipăt ascuţit de durere. În timp ce exploram delicat genunchiul umflat, simţeam cum se mişcă lichidul înăuntru, ca un balon cu apă cald şi tare. Rotula era separată de articulaţia pe care în mod normal o acoperă; o puteam apăsa aproape trei centimetri până să simt că făcuse contact. În timp ce o examinam, mi-am creat în minte un diagnostic diferenţial. O articulaţie fierbinte şi umflată este un lucru de rutină în medicină, de regulă fiind provocată de un traumatism de gută sau de o infecţie. Dar această durere „rătăcitoare” era departe de a fi obişnuită. În manuale este cunoscută drept „artrită poliarticulară migratoare” – cu alte cuvinte, o artrită

care se mută de la o articulaţie la alta – şi este o manifestare extraordinară a doar câteva boli destul de obişnuite.

Este întâlnită cel mai frecvent în cazul gonoreei (deşi este neobişnuită chiar şi în această boală), fiind adesea însoţită de febră şi erupţie. Boala Lyme poate să se manifeste şi ea astfel, ca şi viruşii precum cei ai hepatitei sau chiar HIV. Dar niciuna dintre acestea nu părea să se potrivească. Existau şi alte variante, şi mai puţin probabile. Poliartrita reumatoidă se poate manifesta astfel, precum şi lupusul.

Justin Thompson, internul care lucra cu mine luna aceea, o internase pe Freeman la prima ei spitalizare. Când l-am întrebat despre ea, a căutat anevoie într-un teanc de fişe pe care le-a scos din buzunare. „Aşa. Am intrat în genunchi şi i-am recoltat culturi”, a spus el, însemnând că îi scoseseră lichid din genunchi, ceea ce ar fi trebuit să ofere unele indicii, şi trimiseseră o parte din el, împreună cu probe de sânge şi urină, pentru a fi depistată infecţia. „Am crezut că e gonoree”, a declarat fără echivoc internul. „Nu aşa se prezintă de obicei, dar în mod clar gonoreea poate să provoace asta.”

Arta diagnosticului poate semăna foarte mult cu cea a profilului psihologic. Doctorii întreabă mereu: este o stare mai frecventă la bărbaţi sau la femei? Albi sau negri? Tineri sau bătrâni? În acest mod, un doctor reduce cauzele posibile ale unei boli anume, la un pacient anume. Astfel, gonoreea era diagnosticul cel mai probabil pentru această femeie tânără şi activă sexual, care la un moment dat fusese prostituată. Şi, chiar dacă niciuna dintre analize nu o confirmase, aceste analize nici nu o eliminaseră.

Dar iată că venise iarăşi, cu genunchiul foarte umflat – din nou. Asta nu făcea parte din profilul bolii şi totuşi, internul care lucra cu mine era de neclintit. În asemenea măsură, încât dăduse deja instrucţiuni ca infecţia ei presupusă să fie tratată cu antibiotice. Din cauză că ea nu terminase cura cu antibiotice, boala fusese tratată doar parţial; prin urmare, nu avea nevoie decât de alte antibiotice. „Sau poate că sursa a fost prietenul ei, a spus el, şi de când a fost tratată a fost infectată din nou. Sau poate că s-a întors în stradă.”

Erau argumente rezonabile, dar mie îmi era clar că aveam nevoie de mai multe indicii pentru a pune a doua oară acest diagnostic. M-am gândit să oprim antibioticele, până când recoltam din nou probe din genunchi.

Mă interesau, de asemenea, rezultatele analizelor de sânge de la spitalizarea anterioară a lui Freeman. Am găsit un computer şi am căutat rezultatele ei. Testul pentru Lyme era negativ; hepatită, negativ; gonoree şi sifilis, negativ. De fapt, exista un singur set de rezultate pozitive: testul pentru infecţie streptococică recentă,

împreună cu câteva alte analize de sânge care indicau febră reumatică. Problema este că febra reumatică apare rareori în această epocă a antibioticelor, iar când apare este întâlnită aproape exclusiv la copii. Aproape că nu s-au pomenit cazuri la adulţi. Chiar şi acum, când Freeman întrunea unele dintre criteriile bolii, un astfel de diagnostic era greu de pus. Pur şi simplu, nu se încadra în profil.

Ne-am dus din nou la pacientă. Avusese de curând gâtul inflamat? Da. Avusese gâtul inflamat cu câteva săptămâni în urmă, dar a crezut că putea fi din cauza cocainei. Asta m-a convins. Acum părea clar că, oricât de puţin probabil putuse să pară iniţial, această femeie tânără avea febră reumatică.

Când ne-am dus din nou la pacientă, aceasta era îmbrăcată şi gata de plecare. Genunchiul ei, care cu doar douăzeci şi patru de ore în urmă fusese roşu, fierbinte şi chinuitor de dureros, se ameliorase semnificativ, fără nicio intervenţie. I-am făcut o programare la doctorul ei, săptămâna următoare. În timp ce ea stătea cu geanta în mână, am încercat să-i povestesc despre febra reumatică şi ce ar putea însemna pentru ea, dar nu mă asculta.

— Mă simt mai bine, m-a anunţat, aşa că am plecat.

I-am dat reţeta şi i-am strâns mâna, apoi am privit-o cum străbătea culoarul şchiopătând, cum ne-a făcut voios cu mâna din uşă şi a dispărut.

De puţin timp am vorbit cu doctorul ei, care mi-a spus că Vera făcuse o ecocardiogramă, pentru eventuale daune asupra inimii şi a preţioaselor ei valve care direcţionează fluxul sangvin spre organe. Totul era absolut normal, şi era logic să fie. Daunele cardiace sunt foarte frecvente la copiii care au febră reumatică; la adulţi, boala are tendinţa de a „muşca” articulaţiile şi ataca inima, provocând dureri articulare, dar leziuni cardiace nu foarte serioase.

Ceea ce îmi rămăsese în minte era insistenţa internului asupra diagnosticului de gonoree, chiar şi în faţa testelor negative pentru acea boală. Oare era vorba doar de o prejudecată a lui faţă de o femeie aparţinând unei minorităţi, cu antecedente de comportament pe care majoritatea societăţii nu îl aprobă? Posibil, dar cred că povestea este mai complicată decât atât.

La prima vedere, pacienţii ar putea crede că diagnosticarea ideală ar însemna ca un doctor să îi trateze (şi să îi consulte) la fel pe toţi pacienţii lui – să fie neutru în privinţa culorii, vârstei, sexului şi categoriei socioeconomice. Nu vrem ca aspectul nostru să influenţeze evaluarea obiectivă a problemelor noastre de sănătate de către doctor. Şi totuşi, aşa trebuie să se întâmple. Bolile şi maladiile nu ţin cont de drepturile egale constituţional. Bolile *discriminează* în funcţie de rasă, sex, vârstă şi chiar şi statut socioeconomic.

Ca să luăm un exemplu evident: imensa majoritate a pacienţilor cu cancer de sân sunt femei, astfel că nu este greşit ca un doctor, atunci când se confruntă cu un pacient masculin cu o gâlmă pe piept, să mute acest diagnostic la coada listei lui de priorităţi. Un exemplu mai puţin evident este cancerul de prostată: bărbaţii negri sunt mult mai predispuşi să facă tipul acesta de cancer decât bărbaţii din alte rase – de fapt, chiar de patru ori mai predispuşi decât bărbaţii coreeni şi aproape de două ori mai predispuşi decât bărbaţii de origine europeană.

Astfel că, dacă un bărbat negru vine la doctor plângându-se de simptome urinare, un doctor bun va suspecta imediat cancerul de prostată, numai pe baza culorii pielii pacientului. De fapt, ar fi o dovadă de iresponsabilitate ca un doctor sa nu ia rasa în calcul atunci când se gândeşte la arest diagnostic.

Privită în această lumină, prejudecata internului care se agaţă de suspiciunea lui de gonoree la o femeie eu antecedente de consum de droguri şi prostituţie nu e chiar atât de scandaloasă. Consumul de droguri şi un număr mare de parteneri sexuali sunt, la urma urmei, asociate în mod legitim cu un risc crescut de infecţii cu transmitere sexuală. Scandalos ar fi ca internul (sau oricine altcineva) să se oprească asupra diagnosticului de gonoree doar pe baza culorii pielii femeii, a hainelor sau altei laturi a aspectului sau comportamentului ei, niciunul dintre aceste lucruri neavând nimic de-a face cu riscul de gonoree.

Cu alte cuvinte, pacienţii vor doctori care să aibă prejudecăţi legitime în procesul lor de gândire şi de luare a deciziei, atunci când se străduiesc să stabilească un diagnostic. Doctorii ar trebui să ia în calcul orice asociere cunoscută care ar putea ajuta la depistarea cauzei bolii.

Dar diagnosticele pot fi ratate atunci când doctorii aplică generalizări false sau elimină variante de diagnostic doar pentru că ele sunt mai puţin probabile la anumite grupe de populaţie (de exemplu, „Nu poate fi HIV, pentru că pacientul e bătrân”). Cercetările au arătat că luarea deciziilor medicale este determinată de multe dintre aceleaşi influenţe care distorsionează şi alte aspecte ale interacţiunii umane, într-adevăr, un grup de cercetători afirmă că „în ciuda pregătirii lor medicale «obiective», doctorii rămân nişte actanţi umani, condiţionaţi social să folosească stereotipuri, fie conştient, fie nu”. În această privinţă, luarea deciziilor medicale poate să depindă la fel de mult de cine e pacientul ca şi de ce boală are.

Studii sociologice au relevat mulţi factori nonmedicali care influenţează deciziile medicale, inclusiv caracteristici ale pacientului precum vârsta, sexul, statutul socioeconomic, rasa sau etnia. Acestea pot constitui consideraţii importante în prioritizarea posibilelor

diagnostice. Dar s-a demonstrat că, în modul în care doctorii iau decizii referitoare la diagnostic şi la îngrijirea medicală, joacă de asemenea un rol şi caracteristici care nu au nicio semnificaţie medicală evidentă – cum ar fi existenţa sau tipul de asigurare de sănătate, tipul de personalitate sau chiar atractivitatea fizică. Şi chiar acei factori care pot influenţa probabilitatea unei boli în anumite cazuri, factori precum vârsta sau sexul, sunt irelevanţi în altele.

Unul dintre multele experimente minuţioase, menite să surprindă astfel de influenţe, ilustrează această idee. Cu ajutorul unor actori profesionişti, a fost creat un set de întâlniri doctor-pacient înregistrate. Scenariile erau create pentru „pacienţi” bărbaţi şi „paciente” femei care se plângeau de simptome cardiace. Scenariile şi toate detaliile prezentate erau identice în toate privinţele, cu excepţia unor modificări minore la pronumele personale şi aşa mai departe. 256 de doctori practicând atât în Statele Unite, cât şi în Marea Britanie, au fost recrutaţi pentru acest studiu. Aceştia au vizionat fie unul, fie celălalt scenariu, apoi li s-a pus o serie de întrebări referitoare la boala pe care o suspectau, ce tratament şi recomandări ar sugera şi aşa mai departe. Boala coronariană (BEI) a fost aleasă deoarece este cauza numărul unu de mortalitate atât la bărbaţi, cât şi la femei, şi, chiar dacă la anumite vârste rata mortalităţii este mai mare la bărbaţi decât la femei, între patruzeci şi cinci şi şaizeci şi patru de ani, există de două ori mai multe femei decât bărbaţi care au BEI nedepistată sau „tăcută”, ceea ce sugerează că adevărata incidenţă la bărbaţi şi femei ar putea fi similară. Cu alte cuvinte, acesta este un caz în care doctorii *nu* ar trebui să aplice o prejudecată în procesul lor de luare a deciziei – în acest caz, nu o prejudecată de sex.

Însă rezultatele studiului au demonstrat clar existenţa unei astfel de prejudecăţi. S-a descoperit că sexul avea o influenţă semnificativă asupra tuturor aspectelor strategiilor de diagnosticare ale doctorilor; în fiecare caz, femeile au primit mai puţină atenţie decât bărbaţii care prezentau simptome de BCI. Doctorii puneau bărbaţilor mai multe întrebări decât femeilor (în medie 7 şi respectiv 5,7 întrebări) şi efectuau examinări mai cuprinzătoare pentru bărbaţi decât pentru femei (5,1 şi respectiv 4,3 părţi ale corpului sau sisteme de organe au fost examinate). BEI a fost menţionată ca posibil diagnostic în cazul mai multor bărbaţi decât femei (95 şi 88%, respectiv), iar doctorii au fost mult mai siguri pe diagnosticul de BEI pentru bărbaţi decât pentru femei, 57 şi, respectiv, 47%, pe o scală de la 0 (incertitudine totală) la 100% (certitudine totală).

Autorii studiului concluzionau: „Descoperirile noastre indică faptul că femeile prezentând simptome de BEI sunt dezavantajate în îngrijirea medicală primară. Doctorii execută o procedură de stabilire

a diagnosticului mai puţin minuţioasă decât pentru bărbaţii care prezintă simptome identice, şi mai puţine femei primesc reţete adecvate tratării BEI”.

Impactul prejudecăţilor conştiente sau inconştiente asupra procesului de diagnosticare sporeşte complexitatea întregii reiaţii doctor-pacient. Cei mai buni doctori îşi recunosc vulnerabilităţile şi se străduiesc din greu să se reeduce sau să se supravegheze pe ei înşişi şi procesul lor de gândire, atunci când sunt puşi în faţa provocării găsirii fiecărui diagnostic.

Ultimul tip de eroare cognitivă despre care vreau să vorbesc este ceea ce în literatura cognitivă este numit adesea „elan al diagnosticării”. Acesta este un tip de gândire medicală conformistă medicală prin care, odată ce o etichetă de diagnosticare a fost pusă unui pacient, ea tinde să se „lipească” tot mai strâns. Doctorii învaţă la Facultatea de Medicină că nu trebuie să accepte pur şi simplu un diagnostic pus unui pacient, ci să reevalueze ei înşişi datele înainte de a accepta sau, uneori, de a respinge acest diagnostic. Suntem învăţaţi că ar trebui să procedăm conform îndemnului repetat adesea de fostul preşedinte Ronald Reagan (în circumstanţe diferite): „Fii încrezător, dar verifică”. Doctorii ar trebui ca, decât să accepte un diagnostic anterior, mai degrabă să ia de la capăt, de unii singuri, analizarea situaţiei. Ceea ce, desigur, e mult mai uşor de spus decât de făcut.

Dacă un doctor este obosit sau grăbit, este mult mai puţin probabil ca el să îşi aloce timpul necesar trecerii în revistă a tuturor rezultatelor la analize şi a altor probe care au contribuit la diagnostic. Şi chiar dacă face efortul acesta, e greu să nu cadă în acelaşi tipar bine definit al bolii – potenţial greşit sau nu – pe care hau conturat deja cei care au consultat pacientul. Dar acest tip de efort suplimentar poate să aducă uneori beneficii spectaculoase.

Doctorul de la capătul şirului

Graciela Moity vorbea cu un tremolo lent şi răguşit. Părea epuizată şi descurajată.

— Îmi amintesc clar ca lumina zilei când a început totul, a spus ea. Era în urmă cu un an. M-am trezit şi am simţit că picioarele îmi ard.

Vorbea cu dr. David Podell – ultimul dintr-un şir de doctori care o evaluaseră pe această femeie din ziua în care ea se trezise cu astfel de dureri. Cei trei doctori precedenţi nu reuşiseră să-şi dea seama ce se întâmplă. Cea mai bună supoziţie a lor era scleroderma, o boală provocată de producerea excesivă a unui ţesut conjunctiv, colagenul.

Simptomele pacientei nu se potriveau prea bine, dar boala se poate manifesta uneori în moduri neobişnuite. Pacienta a fost trimisă la Podell pentru confirmarea diagnosticului şi pentru tratarea acestei boli autoimune neobişnuite.

Cu ani de experienţă la activ, Podell ştia că, atunci când un pacient a fost deja la o grămadă de specialişti înainte să bată la uşa ta, trebuie să abordezi cazul cu o dispoziţie mentală diferită – cu presupoziţii diferite. Ştii, de exemplu, că, indiferent ce are acest pacient, nu va fi ceva evident. Poate că este o boală neobişnuită, cunoscută cel mai bine specialiştilor – cum ar fi sclerodermа – sau poate că e o manifestare neobişnuită a unei boli mai comune. Oricum, nu va fi ceva de rutină. Podell ştia că, în astfel de situaţii, trebuie să o iei de la zero, chiar dacă pacientul vine la tine cu un diagnostic deja pus. A rugat-o pe femeie să îşi continue povestea, scuzându-se pentru faptul că o punea să facă asta – ştiind că o spusese de atâtea ori în ultimul an.

Moity i-a zis că, până în acea dimineaţă din urmă cu un an, fusese întotdeauna sănătoasă. Dar durerea arzătoare de la picioare fusese atât de intensă, încât acum de-abia dacă mai putea să meargă. Şi se simţea slăbită – mai ales piciorul stâng îi era slăbit. Se dusese la doctorul ei de familie, dar acesta nu ştia cum să interpreteze simptomele ei şi a trimis-o la un neurolog. Acesta a examinat-o, i-a luat sânge pentru o duzină de analize, i-a făcut o tomografie a capului şi a coloanei vertebrale, apoi a trimis-o înapoi la interniştii ei, fără vreun diagnostic.

Apoi Moity a început să tuşească. Era o tuse uscată şi iritantă, dar uneori scuipa şi sânge. De puţin timp, simţea că rămâne fără aer la cel mai mic efort. În dimineaţa aceea, i-a spus ea lui Podell, trebuise să se oprească şi să se odihnească pe parcursul distanţei scurte de la parcare la cabinet. Internistul ei o trimisese la un pneumolog, deoarece părea clar că există o problemă la plămâni. Acesta îi făcuse o radiografie a pieptului, apoi o tomografie a pieptului, alte analize de sânge şi chiar o biopsie. Radiografia pieptului dovedea o afecţiune pulmonară. În zonele în mod normal negre ale imaginii, deasupra ţesutului plin cu aer, erau nişte pete alburii. Biopsia a arătat că era vorba de o inflamare, dar nimic mai exact decât atât. Pneumologul nu era sigur despre ce era vorba. A încercat să-i dea un spectru mai larg de antibiotice. În cele din urmă, a trimis-o înapoi la internist, sugerând posibilitatea sclerodermei.

Într-un final, internistul ei a trimis-o la Podell, care este reumatolog – specialist în bolile ţesuturilor conjunctive. Deoarece acestea se găsesc peste tot în corp, bolile complexe, implicând mai multe sisteme de organe, sunt pâinea de zi cu zi a reumatologului.

Pacienta era o femeie zveltă, cu păr brunet drept şi bogat, cu şuviţe gri. Avea pielea curată, dar ochii ei erau umflaţi de epuizare şi părea să aibă mai mult decât cei cincizeci şi trei de ani ai ei. Examinând-o, Podell a descoperit puţine semne clare de boală. În ciuda tusei şi a problemelor de respiraţie, sunetul plămânilor ei era clar. Avea o

slăbiciune moderată la şoldul stâng, dar în afară de asta articulaţiile, pielea şi muşchii erau toate normale.

Podell înţelegea de ce doctorii anteriori erau nedumeriţi. Simptomele sugerau că în boala ei erau implicate sistemul nervos şi cel pulmonar, ceea ce este o corelare neobişnuită. Deşi scleroderma poate afecta atât nervii, cât şi ţesutul plămânilor, Moity nu prezenta îngroşarea clasică a pielii, care constituie semnul distinctiv al acestei boli. Era oare posibil să fie o formă atipică de sclerodermă? Sau era ceva cu totul diferit?

Putea fi sindromul Sjögren, o boală în care sistemul imunitar atacă glandele care produc fluidele organismului? Sjögren poate afecta plămânii şi uneori se extinde la sistemul nervos. Pacienţii cu Sjögren se plâng de obicei de dureri oculare şi gură uscată, iar această pacientă menţionase că are gura uscată.

Podell a cerut analize de sânge care să depisteze prezenţa sindromului Sjögren. A asigurat-o pe pacientă că va face tot posibilul ca să-şi dea seama ce se întâmplă, dar că va mai dura puţin. Cu o expresie înfrântă, Graciela Moity şi-a făcut o nouă programare peste câteva săptămâni şi s-a îndreptat spre parcare, târşâindu-şi picioarele.

Podell voia să examineze dosarul medical substanţial al pacientei, mai ales analizele şi rezultatele obţinute de ceilalţi doctori. În cazurile complicate nu citea dosarul dinainte. Avea convingerea că e important să preia informaţiile fără nicio idee preconcepută despre ce se întâmplă. Dar în seara aceea, Podell s-a aşezat în faţa fişei medicale groase şi a parcurs fiecare pagină. Când eşti ultimul dintr-un şir de medici, una dintre cele mai importante sarcini ale tale este aceea de a trece în revistă fiecare piesă a puzzle-ului cu mintea proaspătă, punând la îndoială fiecare presupoziţie şi verificând de două ori rezultatele raportate, în cazurile complexe precum acesta, uneori răspunsul este deja acolo, aşteptând doar să fie observat.

O lungă listă de analize de sânge fuseseră făcute. Mai multe dintre ele sugerau un proces inflamator, dar niciuna nu identificase cauza. Pacienta făcuse de asemenea IRM pentru cap şi coloană, ca şi o tomografie a pieptului. Pe Podell îl interesa în mod deosebit tomografia pieptului, care arăta ceva ce el nu ar fi putut depista la examinarea fizică: pete uşoare, ceţoase pe întreaga suprafaţă a ambilor plămâni.

Nu era expert în interpretarea tomografiilor, aşa că a chemat un radiolog să se uite peste ele. Dar colegul lui nu a făcut decât să confirme ceea ce Podell văzuse deja: zonele ceţoase indicau prezenţa unui lichid în ambii plămâni. Etiologie: necunoscută.

Pacienta făcuse de asemenea o biopsie la plămâni. Raportul patologului spunea că rezultatele indicau o inflamare, dar, ca şi analizele de sânge, nu dezvăluiau nimic în privinţa cauzei. Dar, din

nou, Podell a cerut opinia unui expert – în acest caz, a patologului Tom Anderson. Podell şi Anderson s-au aşezat, în laboratorul de patologie, la un microscop binocular, cercetând lamelele cu mostre ale biopsiei. Prima lamelă indica o inflamare accentuată, a confirmat Anderson, dar nimic altceva. În timp ce trecea la a doua lamelă, Anderson a spus din nou că vede o inflamare masivă. Dintr-odată s-a oprit. A reglat rapid lentilele microscopului, pentru a focaliza pe un anumit grup de celule care formau o încrengătură, destul de diferite de celulele din jurul lor.

— Asta pare a fi un granulom, a spus el.

Aceste formaţiuni distincte sunt caracterizate de grupuri de celule uriaşe, de până la o sută de ori mai mari decât celulele normale. Se întâlnesc în plămâni doar la câteva boli – cel mai frecvent sarcoidoză şi tuberculoză. Podell aproape că a râs cu voce tare. În sfârşit, apăruse acul din căpiţa cu fân. A luat telefonul şi a sunat-o pe pacientă.

— Ştiu despre ce e vorba, a spus el. Pot să vă explic totul.

Vinovatul, a explicat Podell, era aproape sigur sarcoidoza, o boală cronică misterioasă caracterizată prin inflamarea ţesuturilor, care prezintă adesea acele grupuri de celule granulom neobişnuite. Boala afectează de obicei plămânii, dar în o treime din cazuri ea poate ataca şi alte părţi ale corpului, inclusiv (rareori) sistemul nervos. Podell i-a spus că va trebui să-şi facă testul de tuberculoză, deoarece acea boală poate provoca şi ea granuloame, dar el era sigur că nu despre asta e vorba. Nu avea niciunul dintre simptomele comune ale tuberculozei, cum ar fi transpiraţii nocturne, pierdere în greutate sau febră. Nu, a spus Podell, şansele sunt zdrobitoare în favoarea sarcoidozei.

Podell a început să-i dea pacientei Prednison, care este un medicament antiinflamator foarte eficient. Aproape imediat, Moity a început să respire mai uşor, iar tuşea a dispărut. După câteva zile putea să urce şi să coboare scările, ceea ce nu mai fusese capabilă să facă de peste un an. Daunele asupra nervilor de la picioare aveau nevoie de mai mult timp pentru a fi tratate şi era posibil să nu fie complet reversibile, dar acum, cunoscându-se un diagnostic clar şi existând un tratament eficient, prognosticul unei recuperări depline era excelent.

Dr. Podell nu a devenit brusc un excelent diagnostician. Nu a ştiut dintotdeauna să verifice şi să răsverifice munca celor dinaintea lui, din şirul de doctori ai unui pacient anume. A învăţat asta şi multe alte lecţii deosebit de preţioase despre diagnosticare de-a lungul unei lungi cariere. Şi, în ultimă instanţă, acesta este motivul pentru care putem spera că doctorii şi alţi membri ai personalului medical pot

evita sau chiar elimina tipurile de erori cognitive pe care le-am întâlnit în acest capitol.

Da, doctorii sunt fiinţe umane şi, astfel, sunt predispuşi la prejudecăţi, distorsionări ale perspectivei, unghiuri moarte. Dar doctorii au capacitatea de a învăţa din greşelile lor, de a depăşi prejudecăţile implicite şi de a se feri de acele tipuri de erori de gândire care în alte profesii ar fi doar neplăcute.

Îmi amintesc un moment deosebit de umilitor din propriul meu proces de instruire. Eram în al treilea an de medicină. Un doctor experimentat îmi dăduse o sarcină foarte simplă: să intubez un pacient inconştient. Intubarea este pentru medicină ceea ce este fierberea apei pentru gătit – una dintre cele mai elementare tehnici la care te poţi gândi. Şi totuşi, am ratat-o. Din cauză că atât traheea (tubul pentru aer), cât şi esofagul (tubul pentru mâncare) se desprind din fundul gâtului, este relativ uşor să strecori tubul de respirat în esofag. A face asta este, desigur, o greşeală potenţial mortală. De aceea, studenţii sunt învăţaţi în mod repetat ca, după ce introduc tubul de respirat, să încerce să asculte plămânii pentru a auzi sunetele circulaţiei aerului. Dacă ai băgat accidental tubul în stomac, plămânii nu se vor auzi. Când am ascultat, am auzit acea linişte îngrozitoare care însemna că făcusem această greşeală elementară. Sub privirea doctorului supraveghetor, am scos tubul şi am încercat din nou, simţindu-mă extrem de stânjenită în acest timp. Dar doctorul nu a fost enervat sau dezamăgit. Iar ceea ce mi-a spus mi-a rămas în minte pentru totdeauna.

— Nu e nicio ruşine să intubezi esofagul, mi-a spus el. Dar *este* ruşine să nu verifici sau să nu-ţi dai seama de eroare.

Ce voia să spună era că erorile în sine sunt inevitabile. Întotdeauna vor apărea greşeli – tot felul de greşeli, de la cele tehnice la cele cognitive. Dar asta nu înseamnă că trebuie să ne lăsăm pradă descurajării. Soluţia e să ne concepem sistemele, procedurile, protocoalele şi chiar propriile noastre procese de gândire în aşa fel încât să minimizăm cât mai mult posibil greşelile şi apoi să *sesizăm* greşelile, atunci când ele se întâmplă.

Medicina nu este singurul domeniu în care greşelile pot fi mortale. Ca să luăm un singur exemplu, industria aeronautică a trebuit să introducă multe sisteme de prevenire şi sesizare a erorilor umane. În anii 1930, în urma unui accident aviatic în care un pilot de teste şi echipajul lui au murit din cauza unei „erori de pilotaj”, forţele aeriene au reacţionat impunând fiecărui pilot şi copilot ca, înaintea fiecărui zbor, să verifice o listă de predecolare. Rata accidentelor a scăzut brusc, iar în cele din urmă aceasta a devenit o practică standard pentru piloţii militari şi comerciali. Acum majoritatea liniilor aeriene solicită de asemenea piloţilor şi echipajelor să treacă în revistă planul

de zbor imediat înaintea decolării. Aceasta se face în grup şi oricine din echipaj, de la pilot la stewardese, poate să ridice orice problemă pe care o sesizează sau o anticipează. Pilotul şi echipajul sunt instruiţi în proceduri de siguranţă pentru o varietate de probleme, adesea cu ajutorul simulatoarelor de zbor, pentru a face experienţa cât de reală şi de utilă posibil. Aceşti paşi fundamentali fac parte dintr-o tendinţă mai largă care a îmbunătăţit semnificativ siguranţa călătoriei cu avionul.

Există acum o mişcare naţională pentru eliminarea multor erori din medicină, pentru implementarea unor etape de verificare şi reverificare, astfel încât erorile să fie sesizate înainte de a se întâmpla. Multe dintre strategiile create de industria aeronautică au fost adaptate şi integrate în spitale şi săli de operaţii de pe întreg teritoriul Statelor Unite. De exemplu, se face efortul de a le impune chirurgilor să verifice o listă preoperatorie, împreună cu toţi membrii echipei chirurgicale. Înaintea oricărei operaţii, echipa se reuneşte şi oricine, de la anestezist la asistenta de chirurgie, poate ridica orice problemă pe care o sesizează sau anticipează. Un studiu recent din *New England Journal of Medicine* arăta că verificarea unei liste de siguranţă chirurgicală de nouăsprezece puncte reduce mortalitatea cu 50% şi rata generală a complicaţiilor cu o treime. Un studiu recent arăta că verificarea unei liste înaintea anumitor proceduri de la terapie intensivă poate de asemenea să reducă erorile medicale cu 80% şi să salveze vieţi.

Mare parte a acestei iniţiative a fost orientată spre erorile de sistem – atunci când este administrat medicamentul greşit sau când se face transfuzie cu tipul greşit de sânge. Sau când este amputat piciorul greşit. Acestea erau erorile identificate într-un raport al Institute of Medicine (IOM), *To Erris Human*, publicat în 2000. Spitalele au fost în avangarda acestei mişcări şi se fac eforturi de sancţionare a spitalelor care au întârziat să abordeze aceste probleme.

Erorile de diagnosticare însă nu au fost vizate de această mişcare. De fapt, atunci când un cercetător a căutat în textul raportului IOM, expresia „eroare de medicaţie” apărea de şaptezeci de ori, dar expresia „eroare de diagnosticare” apărea doar de două ori. Acest lucru era valabil chiar dacă studiul pe care se baza acest raport descoperise că erorile de diagnosticare constituiau 17% din totalul erorilor comise.

Cercetările asupra cauzelor şi soluţiilor erorilor de diagnosticare sunt la început. Mare parte a atenţiei din domeniul erorilor de diagnosticare este centrată pe abordarea uneia dintre limitările cognitive fundamentale cu care doctorii trebuie să se confrunte: capacitatea limitată a propriului nostru creier. Cunoştinţele medicale au ajuns atât de vaste încât nicio fiinţă umană nu poate să le ştie pe

toate – indiferent câtă experienţă are, indiferent câţi pacienţi a consultat şi indiferent câte manuale a citit, indiferent câte reviste urmăreşte. Unele categorii de erori cognitive se întemeiază pe această limitare – nu poţi vedea ceea nu ştii să cauţi. Şi chiar dacă ştii despre o boală anume, este posibil să nu te gândeşti la ea dacă un pacient se prezintă cu o versiune neobişnuită a ei.

O soluţie evidentă la această dilemă este ca doctorii să-şi completeze calculatoarele lor personale, neurologice, cu calculatoare reale, care nu obosesc, nu devin confuze şi au o capacitate de memorare care o depăşeşte cu mult pe cea a creierului oricărei fiinţe umane. Dar, după cum vom vedea, această soluţie „evidentă” nu a fost nici pe departe atât de uşor de implementat pe cât credeau odată mulţi profesionişti din medicină.

Capitolul 10

Diagnosticul digital

În 1976, Peter Szolovits a avut o viziune a viitorului. Avea un doctorat nou-nouţ în Ştiinţe ale Informaţiei la Caltech. Era în avangarda specialiştilor în calculatoare. Şi avea un vis: că îmbinarea abilităţilor de colectare a datelor pe care le deţine doctorul cu memoria şi capacitatea de prelucrare a datelor aproape nelimitate ale calculatorului va aduce o acurateţe fără precedent în arta diagnosticării.

Szolovits s-a maturizat intelectual într-o epocă de optimism ameţitor faţă de capacitatea acestor invenţii minunate. Erau zorii erei moderne a calculatorului. Microcalculatoarele reprezentau avangarda. Aceste calculatoare erau de dimensiunea unei mese, şi nu de dimensiunea unei camere, precum calculatoarele care fuseseră înainte cele mai evoluate tehnologic. Calculatorul personal – acela pe care oamenii obişnuiţi îl puteau folosi în casele lor – era încă doar un vis dintr-un garaj din Palo Alto. Datele erau încă stocate pe bobine enorme de bandă electromagnetică. Proaspăt inventatele cititoare de discuri de mărimea unui disc muzical erau minuni ale tehnologiei de stocare a datelor, deoarece puteau înmagazina 7 megabiţi de informaţie.

Capacitatea în creştere rapidă a calculatoarelor de a stoca imense cantităţi de informaţie părea să servească perfect nevoilor medicinei, mai ales provocărilor diagnosticului medical. Era evident că ştiinţa medicală creştea şi ea exponenţial. Într-un articol din 19761, un grup de doctori care lucra la simularea pe calculator a „cogniţiei medicale” a estimat că un doctor practician face apel la un stoc de cel puţin două milioane de date medicale. Şi era evident că muntele acesta de cunoştinţe nu putea decât să devină şi mai mare cu timpul Utilizarea unui „creier” de calculator pentru a augmenta şi sprijini creierul uman în munca adesea chinuitoare de diagnosticare a unei boli i se părea lui Szolovits un obiectiv logic şi fezabil din punct de vedere tehnic.

De-a lungul acestei perioade de efervescenţă, Szolovits a iniţiat o serie de discuţii cu doctori despre colaborarea la conceperea unui calculator care să-i ajute pe doctori să satisfacă solicitările universului în expansiune rapidă al cunoştinţelor medicale. A fost surprins de ceea ce a descoperit. Mai ales una dintre discuţii, cu un doctor foarte respectat având o poziţie superioară la un spital universitar, s-a remarcat din acea perioadă. După ce l-a ascultat pe Szolovits cum descrie, de exemplu, posibilităţile introducerii unui set de simptome într-un calculator care să genereze, apoi, o listă de diagnostice posibile, doctorul l-a întrerupt.

— Băiete, i-a spus el ridicând mâinile în faţa lui Szolovits, acestea sunt mâini de chirurg, nu de dactilografă.

Şi s-a întors pe călcâie şi a plecat. Era un prim indiciu că utilizarea sistemului computerizat în diagnosticarea medicală ar putea să nu fie atât de simplă pe cât crezuse Szolovits.

Dăm înainte treizeci de ani. În 2006, Szolovits era profesor plin la MIT. Szolovits, un bărbat energic cu o siluetă care poartă doar vag urmele îngrăşării tipice vârstei mijlocii şi cu bară grizonată, conduce grupul de la Massachusetts Institute of Technology dedicat conceperii de calculatoare şi sisteme de inteligenţă artificială care să abordeze problemele procesului de luare a deciziei medicale şi diagnosticării. În fiecare toamnă îşi împărtăşeşte ideile şi intuiţiile faţă de acest domeniu în cadrul unui seminar pentru cei care fac studii postuniversitare, seminar intitulat Asistarea Deciziei Biomedicale. Am citit despre acest curs şi voiam să văd cum arată viitorul programelor de diagnosticare.

L-am vizitat la sfârşitul semestrului, când studenţii îşi prezentau proiectele lor finale. În timp ce stăteam în sala de curs, pe un scaun tare de plastic, am privit succesiunea rapidă de cadre Powerpoint, însoţită de propoziţii la foc automat, pline de acronime. Un grup a prezentat o nouă tehnică de căutare a „articolelor interesante" în baze de date vaste; un altul a prezentat o interfaţă prietenoasă pentru un program de fişe medicale digitale pe internet; un al treilea grup a prezentat un program care protejează confidenţialitatea testelor genetice. Un grup a depăşit intervalul alocat de cincisprezece minute pentru a descrie un program elegant de identificare a interacţiunilor potenţial dăunătoare dintre medicamentele pe reţetă, care funcţionează mai bine decât cel mai evoluat software actual.

Toate proiectele păreau să îmbunătăţească sau să extindă graniţele unuia sau altuia dintre aspectele îngrijirii medicale. Iar după prezentări, Szolovits a discutat cu echipa care creease programul referitor la interacţiunea medicamentelor, deoarece acesta părea să fie nu doar publicabil, ci şi ceva ce studenţii ar fi putut transforma într-o afacere.

Şi totuşi, lipsea ceva. În ciuda titlurilor cursurilor, niciunul dintre proiecte nu aborda problema care îl ademenise atât de mult pe Szolovits cu treizeci de ani în urmă – sarcina de a îmbunătăţi diagnosticarea medicală cu ajutorul calculatoarelor.

După curs, în biroul lui, Szolovits s-a lăsat pe spătarul fotoliului, gânditor.

— Cu treizeci de ani în urmă credeam că putem să identificăm cele mai bune practici din medicină, să creăm un sistem care să pună diagnostice mai repede şi mai uşor şi să îl oferim tuturor doctorilor prin intermediul unui calculator, a spus el.

Cu douăzeci de ani în urmă, Szolovits scrisese o lucrare pentru *Annals of Internai Medicine* care anunţa tehnicile inteligenţei artificiale

care, în cele din urmă, aveau să repartizeze calculatorului un rol major de consilier de specialitate al doctorului. Iar astăzi? Szolovits oftează.

— S-a dovedit că e pur şi simplu imposibil.

Ar putea fi o idee interesantă, dar nu există piaţă pentru ea. Doctorii nu sunt interesaţi să o cumpere, iar companiile nu sunt preocupate să o conceapă şi să o elaboreze.

— Decât a se încerca aducerea doctorilor medii la nivelul de superdiagnosticieni, mai degrabă accentul şi atenţia s-au mutat spre aducerea doctorilor sub medie la standardele curente şi la a-i ajuta chiar şi pe doctorii buni să evite să facă lucruri stupide. S-a dovedit că asta oferă beneficii mai mari pacienţilor. În plus, există un model financiar pentru asta.

Szolovits a enumerat unele dintre principalele motive pentru care majoritatea doctorilor de astăzi încă se bazează pe propriile lor creiere şi pe cele ale colegilor lor atunci când pun un diagnostic, mai degrabă decât pe un ajutor computerizat.

În primul rând, calculatoarele nu pot strânge ele însele date de la pacienţi. Aceste aparate excelează în prelucrarea datelor, nu în strângerea datelor. Doctorii trebuie să strângă datele şi să le introducă în program.

Iar programele însele nu uşurează această sarcină. Există multe modalităţi de a descrie simptomele unui pacient şi constatările examinării fizice, dar majoritatea calculatoarelor nu au abilităţile de limbaj necesare pentru a le înţelege. În cele din urmă, rămâi cu liste lungi ale tuturor variantelor posibile ale simptomelor sau termeni curenţi pe care calculatorul pur şi simplu nu îi recunoaşte.

Există, de asemenea, şi dificultăţi tehnice.

Doctorii, laboratoarele şi spitalele folosesc tipuri diferite de software. Niciun sistem nu poate asigura interfaţa cu varietatea imensă de programe utilizate pentru stocarea datelor pacienţilor. Din nou, doctorul trebuie să introducă datele, dacă vrea ca ele să fie luate în calcul. Apoi există dificultăţi financiare. Cine va da doctorilor sau spitalelor banii pe care să-i investească în acest tip de software? Szolovits a remarcat că spitalele nu sunt plătite să *înţeleagă* lucruri, sunt plătite să *facă* lucruri.

Dar poate cea mai mare dificultate constă în convingerea doctorilor înşişi să utilizeze acest tip de software. Atunci când se confruntă cu un tablou clinic deconcertant, adesea este mai rapid şi mai uşor să facă ceea ce doctorii au făcut dintotdeauna – să ceară ajutorul altor doctori.

Din aceste motive şi din altele, comunitatea medicală încă nu a adoptat niciunul dintre sistemele de asistare computerizată a diagnosticării. Visul unui sistem computerizat care să poată „gândi” mai bine, mai repede şi mai comprehensiv decât orice doctor uman

încă nu a fost realizat. Cu toate limitele lor, fiinţele umane bine pregătite sunt încă remarcabil de bune la evaluarea unei probleme, la eliminarea rapidă a informaţiilor irelevante şi la focalizarea asupra unei decizii „suficient de bune”.

Acesta este motivul pentru care jucătorii de şah umani au rezistat atât de mult în faţa oponenţilor lor computerizaţi, ale căror abilităţi de calcul şi memorie erau cu multe ordine de magnitudine mai mari decât cele ale creierului uman. Fiinţele umane îşi creează strategii de tip scurtătură pentru a lua decizii şi a trage concluzii, care sunt pur şi simplu inaccesibile calculatoarelor. Fiinţele umane sunt, de asemenea, extraordinar de bune la recunoaşterea tiparelor – în şah, jucătorii avansaţi au capacitatea de a evalua întreaga tablă dintr-o privire şi de a-şi crea un instinct, o intuiţie pentru ameninţări şi şanse potenţiale.

A fost nevoie de decenii şi de milioane de dolari pentru a crea un calculator care era la fel de bun ca o fiinţă umană la jocul de şah. Este un joc complex, care necesită o gândire de ordin superior, dar este bidimensional şi se bazează pe reguli clare şi fixe, folosind piese care nu variază niciodată. În schimb, diagnosticarea fiinţelor umane este cvadridimensională (incluzând cele trei dimensiuni ale spaţiului şi a patra dimensiune a timpului), nu are *nicio* regulă invariabilă şi implică piese (corpuri) din care nu există două exact la fel.

În plus, desigur că fiinţele umane dispun de un set de instrumente de diagnosticare la care calculatoarele s-ar putea să nu ajungă niciodată – cinci organe ale simţurilor independente şi extraordinar de puternice.

Dintr-o privire, un doctor poate să absoarbă şi să proceseze aproape imediat nenumărate informaţii despre un pacient – postura, culoarea pielii, tipul contactului vizual, mirosul, tipul vocii, igiena personală şi indicii atât de subtile încât sfidează descrierea verbală. În schimb, un calculator dispune doar de cuvinte şi numere introduse de o fiinţă umană, care reprezintă nesatisfăcător un pacient viu, care respiră şi care este enorm de complicat.

În ciuda dificultăţilor, Szolovits a fost unul dintre cei care au încercat pentru prima oară să creeze un program de calculator pentru diagnosticarea problemelor medicale. Zeci de prototipuri au fost create şi testate în condiţii de laborator. Dar cele mai multe au eşuat atunci când s-a încercat lărgirea câmpului lor de aplicaţie, utilizarea lor în condiţii clinice sau obţinerea unui profit de pe urma lor. Calculatoarelor le lipseau memoria şi viteza de procesare necesare pentru a alcătui baze de date ample, utilizabile rapid. Până la apariţia internetului, programele trebuiau distribuite pe dischete, ca parte a

unui calculator special conceput sau prin intermediul conexiunilor de tip dial-up. Toate aceste dificultăţi au temperat avântul din domeniu.

Dar nici măcar sistemele care au adoptat îmbunătăţiri tehnologice mai recente nu au înregistrat succese remarcabile. Un caz elocvent este una dintre cele mai timpurii tentative de utilizare a calculatoarelor în îmbunătăţirea diagnosticelor. În 1984, o echipă de specialişti în calculatoare de la Laboratory for Computer Science al MIT s-a asociat cu un grup de doctori de la Massachusetts General Hospital, care e imediat în apropiere. Au lucrat timp de doi ani la elaborarea unui sistem electronic de referinţe medicale şi sprijin în diagnosticare. În 1986, programul, numit DXplain, a fost lansat cu o bază de date despre cinci sute de boli. În 1987 a început distribuirea naţională, cu o bază de date extinsă la aproximativ două mii de boli, printr-un precursor al internetului – o reţea de calculatoare specială care folosea acces dial-up. Între 1991 şi 1996, DXplain a fost distribuit de asemenea şi ca versiune de sine stătătoare, care putea fi încărcată pe un PE individual. Din 1996 încoace, accesul la o versiune găzduită pe internet a DXplain a înlocuit toate metodele anterioare de distribuţie. Programul a fost extins continuu de-a lungul anilor, iar acum este la dispoziţia a aproximativ 35 000 de cadre medicale, aproape toate studenţi la Medicină sau stagiari la spitalele universitare, unde programul este folosit ca instrument didactic.

DXplain şi alte programe de primă generaţie de asistare a deciziei în diagnosticare utilizează baze de date compilate despre sindroame şi boli, cu simptomele, semnele şi constatările lor de laborator caracteristice. Utilizatorii introduceau datele obţinute de la pacienţi prin selectarea dintr-un meniu de variante, iar programele foloseau logică bayesiană sau algoritmi de corelare cu tiparele pentru a sugera posibilităţi de diagnosticare.

„În anii 1980 s-a lucrat mult la utilizarea calculatoarelor în soluţionarea problemelor de diagnosticare, iar apoi, în anii 1990, totul s-a oprit”, spune Eta Berner, profesor de Informatica sănătăţii la University of Alabama. Este posibil ca Berner să fi jucat un rol în stoparea acestor eforturi. În 1994, ea şi un grup de alţi treisprezece doctori au testat patru dintre cele mai utilizate programe, într-o lucrare publicată în *New England Journal of Medicine.* Au adunat puţin peste o sută de cazuri dificile de la specialişti din întreaga ţară. Au introdus datele fiecărui pacient în fiecare dintre cele patru baze de date. Toate cele patru programe au diagnosticat corect 63 din cele 105 cazuri incluse în studiu. Per ansamblu, cele patru programe au oferit diagnostice corecte pentru 50 până 70% din cazuri – în cel mai bun caz, un rezultat de nota 6.

Autorii studiului conchideau că programele testate pot fi oarecum utile în condiţii clinice: „Creatorii acestor sisteme au conceput aceste

programe în aşa fel încât să servească unei funcţii de asistare, amintindu-le doctorilor despre diagnostice pe care este posibil ca ei să nu le fi luat în considerare sau făcându-i să se gândească la posibilităţile de diagnosticare conexe”.

Dar, după cum arată studiul lor, de multe ori programele nu oferă răspunsurile pe care le aşteaptă doctorii. „Pentru o vreme, acest domeniu a fost un fel de deşert, a explicat Berner, adăugând însă, acum începe să-şi revină iar.”

Consultarea unui sistem de expertiză

Una dintre dificultăţile sistemelor software de diagnosticare precum DXplain este că ele încearcă să acopere toate domeniile medicinei. Alte sisteme care au fost create ca „sisteme de expertiză” specializate sunt folosite de doctori atunci când un caz prezintă o provocare de diagnosticare deosebită.

Dr. Frank Bia este director medical al AmeriCares, o organizaţie umanitară internaţională. Este de asemenea specialist în boli infecţioase – mai ales boli tropicale – şi până de curând a fost profesor de medicină la Yale. Atunci când consultă pacienţi bolnavi care s-au întors recent din alte ţări, dr. Bia foloseşte un program numit GIDEON (Reţeaua globală de boli infecţioase şi epidemiologie). Nu cu mult timp în urmă, el a descris un caz în care GIDEON a oferit indicii pentru un diagnostic foarte dificil.

Era la primele ore ale dimineţii. O femeie de douăzeci şi unu de ani gemea încet în patul ei de spital. Alături de ea, o perfuzie picura lichid în braţul ei subţire. Mama ei stătea lângă pat, cu hainele ei elegante boţite după o noapte de veghe, cu faţa umflată de oboseală.

Pacienta fusese adusă, palidă şi cu o stare febrilă, la camera de urgenţă a acestui mic spital din Connecticut târziu într-o noapte.

— E aşa de două săptămâni, i-a spus mama ei doctorului tânăr care a intrat în cameră. Şi nimeni nu reuşeşte să-şi dea seama de ce.

Fiica ei fusese întotdeauna foarte sănătoasă. Petrecuse de curând o lună într-o călătorie de documentare în Africa, fără să aibă probleme de sănătate. De-abia la două săptămâni după revenirea ei la Wesleyan College a început să aibă fierbinţeli şi să transpire. Simplul stat în picioare o făcea să ameţească. Un somn îndelungat a făcut-o să se simtă mai bine, dar a doua zi şi-a dat seama că are febră, aşa că s-a dus la cabinetul medical.

— Le-am spus că eu cred că e malarie i-a explicat pacienta doctorului cu o voce stinsă. Profesorul ne-a spus că e frecventă acolo unde am fost noi, în Tanzania.

Şi nu îşi luase tot timpul medicamentele preventive, cât stătuse acolo. Asistenta şcolară s-a gândit că probabil e gripă. Dar pentru că tânăra nu s-a făcut bine în cursul următoarelor câteva zile, asistenta a trimis-o la un specialist în boli infecţioase din oraş. Poate chiar *era*

malarie. De vreme ce fusese într-o zonă plină de această boală transmisă de ţânţari, specialistul i-a dat un tratament de o săptămână cu chinină şi Doxiciclină.

Tânăra a urmat întreg tratamentul de şapte zile, dar medicamentele nu au fost de folos. În următoarele câteva zile, a început să tuşească atât de violent, încât asta o făcea să vomite. Avea nişte dureri abdominale din cauza cărora îi era greu să stea în picioare. Şi o diaree îngrozitoare. Când s-a dus din nou la cabinetul medical, cei de acolo au chemat o ambulanţă care s-o ducă la un spital din apropiere.

Fadi Hammami, doctorul de gardă în acea dimineaţă, a ascultat calm povestea. Mai târziu mi-a spus: „Nu voiam să ratez diagnosticul. Probabil că luase ceva din Africa; trebuia doar să-mi dau seama ce este”.

Întinsă pe patul mobil, pacienta era slabă şi palidă; pielea ei era întinsă pe pometi. Avea temperatură 38,9. Tensiunea era scăzută, iar inima îi bătea rapid şi puternic. Avea sunete intestinale normale şi, chiar dacă abdomenul ei era sensibil la atingere, doctorul nu a găsit nimic altceva ieşit din comun.

Doctorul a verificat rezultatele analizelor trimise în dimineaţa aceea. Nivelul leucocitelor era crescut, ceea ce indica o infecţie. Unele dintre leucocite erau mărite, iar nucleele lor aveau forme neregulate. Şi mai era ceva în analizele sângelui care l-a intrigat pe doctor: aproape jumătate din leucocitele ei aparţineau unui singur tip de celule care luptă cu infecţia – eozinofile. În mod normal, acestea constituie 2 până la 7% din leucocitele unei persoane. La acest pacient, eozinofilele alcătuiau 41% din leucocitele din organism. Rareori mai văzuse aşa ceva până atunci, acesta fiind un indiciu important. Acest tip de leucocite sunt cel mai eficient mecanism de apărare împotriva unei categorii anume de agenţi infecţioşi: paraziţii.

Dar care dintre ei? Există zeci de paraziţi, fiecare cu un tratament diferit. Trichineloza, provocată de un vierme minuscul transmis prin carnea infectată, putea să producă acest tip de boală. Este rareori întâlnit în această ţară, dar e endemic în multe ţări africane. Se ştie că şi *Strongyloides*, un parazit care trăieşte în solul contaminat, poate provoca acest tip de reacţie a leucocitelor, ca şi filarioza, o boală transmisă de ţânţari. Care agent era cel mai frecvent în zona din Tanzania pe care o vizitase tânăra?

Dr. Hammami ştia că are nevoie de ajutor, pe care i l-a oferit dr. Frank Bia. Dr. Hammami auzise despre el şi l-a sunat. S-a prezentat şi a intrat imediat în detaliile cazului. În timp ce asculta, dr. Bia îşi lua notiţe. Şi-a dat seama imediat că lista bolilor care provoacă o astfel de eozinofilie este scurtă. Trichineloza, i-a spus el doctorului Hammami, era improbabilă, deoarece pacienta nu avea dureri musculare.

Filarioza era o boală cu o evoluţie mult mai lentă, de regulă producând simptome după luni de la contact, mai degrabă decât săptămâni. Strongiloidoza era o variantă plauzibilă. La fel era şi altă boală, schistosomiaza, un parazit purtat de melci şi transmis prin apa proaspătă. Ambele infectează tractul gastrointestinal şi provoacă diaree şi ambele pot cauza această creştere violentă a eozinofilelor.

Dar acum dr. Bia ezita. Era sigur că în Tanzania există schistosomiază. Dar *Strongyloides*? Şi mai exista oare vreun alt parazit care putea provoca aşa ceva? Deşi aceasta era specialitatea lui, dr. Bia voia să se asigure că nu-i scapă nimic. Culturile de laborator ale sângelui şi scaunului puteau, probabil, să ofere o identificare precisă, dar asta avea să dureze zile întregi. Iar această pacientă era prea bolnavă ca să aştepte.

Dr. Bia i-a spus doctorului Hammami că o să-l contacteze. După ce a închis telefonul, dr. Bia s-a dus la calculator şi şi-a consultat propriul lui expert – GIDEON. Este un sistem de expertiză creat pentru a-i ajuta pe doctori să diagnosticheze bolile infecţioase, în funcţie de ţara în care au fost contractate. Programul recunoaşte 337 de boli, organizate pe ţări. Dr. Bia a deschis modulul Diagnostic şi a introdus informaţiile aflate de la dr. Hammami. S-a uitat de asemenea şi în modulul Epidemiologie, căutând atât parazitul strongiloidozei, cât şi pe cel al schistosomiazei, apoi în modulul Terapie, pentru a trece în revistă cele mai bune variante de tratament. După zece minute avea un plan.

„Am folosit GIDEON ca să fiu sigur că nu-mi scapă nimic”, mi-a spus el mai târziu. „Mi-a confirmat intuiţia despre cea mai bună modalitate de a proceda.”

Dr. Bia l-a sunat pe dr. Hammami.

— Haideţi s-o tratăm pentru ambii paraziţi, a spus el. Un tratament de două zile cu Ivermectin pentru strongiloidoză şi o doză dublă de Praziquantel ca să distrugă schistosomiaza. Şi înainte de a începe să ia medicamentele, trimiteţi mostre de sânge şi scaun la laboratorul nostru.

După două zile de la începerea medicaţiei, voma şi diareea au încetat. Febra a dispărut. Pacienta a început să mănânce. După patru zile s-a întors acasă, simţindu-se mult mai bine, deşi aveau să treacă luni de zile până să se simtă complet normal.

Testele de la Yale au arătat că pacienta avusese schistosomiază. Minusculul parazit este purtat de o specie de melc din estul Africii. În timpul ploilor abundente, melcii ajung în râuri, unde parazitul se dispersează. Pacienta făcuse unele cercetări care implicau colectarea de mostre de apă de râu. Mai târziu a recunoscut că nu purtase

cizmele de protecţie când intrase în apă. I se păruse că sunt prea greoaie.

Schistosomiaza este o boală atât de rară în Statele Unite, încât nu e surprinzător că iniţial a fost ratată, iar pacienta a fost diagnosticată greşit. Dar pacienta ar fi putut să moară înainte să-şi dea seama cineva de ce suferă. Tratamentul corect a fost descoperit doar pentru că dr. Hammami a recunoscut semnificaţia nivelului anormal de mare al eozinofilelor şi a consultat un expert în boli infecţioase. Şi, în acest caz, expertul şi-a recunoscut propriile sale limite şi a consultat un „creier digital” – un sistem de expertiză care i-a confirmat intuiţiile, a eliminat alte posibilităţi şi a indicat calea spre terapiile eficiente.

„Nu sunt un mare amator de high-tech”, mi-a spus dr. Bia. „Dar dacă nu cunoşti o anumită boală sau o anumită regiune, îţi poate scăpa ceva. Programul te ajută să restrângi diferenţialul. Te poţi uita la bolile din anumite ţări. Dacă cineva are febră şi erupţie, şi tocmai s-a întors din Ecuador, poţi introduce simptomele şi ţara şi programul o să-ţi dea o listă de infecţii posibile.”

Sistemele de expertiză precum GIDEON sunt folosite cel puţin ocazional în ziua de azi de către specialişti precum dr. Bia. Dar cei mai mulţi practicieni generalişti nu folosesc astfel de sisteme – sau orice alt tip de asistenţă computerizată în decizia de diagnosticare. În cazul descris mai sus, dr. Hammami – un nespecialist – a recunoscut indiciul nivelului anormal de mare al eozinofilelor folosind nimic altceva decât cunoaşterea lui medicală câştigată cu greu. Dar cum rămâne cu asistenta şi doctorul care au consultat pacienta mai întâi? Este exact acel tip de situaţie în care un creier medical digital care „nu uită niciodată” pare să fie un instrument ideal. Dacă rezultatele analizelor ar fi fost introduse într-un program de calculator „pregătit” să caute anomalii, ar fi fost posibil ca pe ecran să apară imediat un semnal de alarmă, îndemnând-o pe asistentă să ia în considerare o infecţie parazitară şi amintindu-i doctorului că malaria nu provoacă o creştere a acestui tip de leucocite.

Aceasta era, desigur, viziunea care i-a inspirat pe Peter Szolovits şi pe mulţi alţii în anii 1970: un calculator asistent care să fie atât de rapid, precis şi bine integrat în fluxul informaţiei medicale încât să economisească timpul doctorilor şi să salveze vieţile pacienţilor. Un astfel de instrument nu există încă. Dar odată cu avântul internetului, cu progresele legate de viteza calculatoarelor şi capacitatea de memorie şi odată cu proliferarea calculatoarelor în întreg sistemul medical, a fost creată o a doua generaţie de sisteme de asistare a deciziei de diagnosticare, care, chiar dacă nu este un Graal, a adus speranţa că în viitor va putea fi realizat un sistem perfecţionat.

Modelul de excelenţă ai celei de-a doua generaţii de sisteme de asistare a deciziei de diagnosticare a fost, paradoxal, rezultatul unui exemplu de eroare de diagnosticare aproape fatală.

Era începutul verii lui 1999, într-o suburbie din Londra. Isabel Maude, de trei ani, avea un caz de varicelă destul de grav. Părinţii ei, Jason şi Charlotte, au dus-o la doctorul lor de familie, chiar dacă nu erau deloc îngrijoraţi.

La urma urmei, varicela este un ritual iniţiatic aşteptat în copilărie. Doctorul a confirmat diagnosticul şi i-a trimis acasă cu tratamentul standard pentru reducerea mâncărimii.

Dar la câteva zile după acea vizită, Isabel a făcut febră mare, voma, avea diaree şi dureri mari, iar erupţia de varicelă se decolorase. Acum îngrijoraţi, Jason şi Charlotte au dus-o pe Isabel la camera de gardă. Doctorii au examinat-o pe Isable şi i-au liniştit, spunându-le că simptomele ei, deşi erau mai grave decât în mod normal, nu erau nemaiauzite la varicelă. I-au asigurat pe părinţi că simptomele aveau să dispară în câteva zile.

Simptomele nu au dispărut. S-au înrăutăţit, îngrijorarea lui Jason şi Charlott s-a transformat în panică. Au dus-o din nou pe Isabel la camera de gardă. De data aceasta, la doar câteva minute de la sosirea lor, tensiunea arterială a lui Isabel a scăzut dramatic, fiind nevoie de resuscitare de urgenţă. Dintr-odată devenise evident că Isabel suferea de ceva mult mai grav decât varicelă. Dar ce? Doctorii nu aveau nicio idee. A fost trimisă imediat la secţia de terapie intensivă pediatrică de la St. Mary’s Hospital din Paddington, Londra, unde dr. Joseph Britto a preluat cazul.

Britto şi-a dat seama de faptul că Isabel suferea de a complicaţie rară, dar bine documentată a varicelei – sindromul de şoc toxic şi fascită necrozantă – cunoscut în presa de popularizare drept boala carnivoră. Pentru tratarea fascitei necrozante, Isabel a fost supusă unei operaţii de urgenţă de îndepărtare a pielii infectate, în urma căreia a rămas cu cicatrici ample pe stomac şi a avut nevoie de mai multe operaţii de reconstrucţie estetică. Isabel a petrecut două luni în spital, inclusiv o lună la secţia de terapie intensivă pediatrică. Avea insuficienţă renală, insuficienţă hepatică, insuficienţă respiratorie. De mai multe ori, inima ei s-a oprit şi a trebuit să fie resuscitată. S-a zbătut timp de săptămâni întregi între viaţă şi moarte.

Însă, încet-încet, a început să îşi revină. Cicatricile de la operaţie sunt astăzi singurul memento fizic al chinurilor ei. În acest moment, este o elevă de şcoală generală strălucită şi activă.

Tatălui lui Isabel însă aceste evenimente traumatice aveau să-i schimbe viaţa. Chinul cumplit de a-şi vedea copilul suferind şi frustrarea provocată de diagnosticul greşit au trezit în Jason Maude hotărârea de a face ceva pentru îmbunătăţirea sistemului.

La acel moment, Maude era şeful Departamentului de Analiză a Acţiunilor pentru AXA Investment Managers din Londra, care operează investiţii de 500 de miliarde de dolari. Era familiarizat cu utilizarea calculatoarelor pentru analizarea unor mari cantităţi de date complexe. A vorbit cu Britto despre posibilitatea de a folosi calculatoarele pentru îmbunătăţirea diagnosticării medicale. Britto se gândise deja la asta, iar în 1999, cei doi au format Isabel Healthcare, cu obiectivul de a crea un sistem de diagnosticare pentru doctori pe internet.

Britto era convins că riscurile de diagnosticare greşită puteau fi reduse substanţial. Îi place să compare atitudinea medicinei faţă de greşeli cu cea a industriei aeronautice. Britto aminteşte frecvent că doar la insistenţele piloţilor – care au interesul maxim de a nu o da în bară – companiile aeriene şi-au studiat erorile şi aproape au eliminat accidentele aviatice.

„Doctorii, adaugă adesea Britto, nu se prăbuşesc odată cu avionul.”

Sistemul la crearea căruia a contribuit Britto depăşeşte cu mult tipul de sistem de expertiză reprezentat de GIDEON. Doctorii care folosesc instrumentul de diagnosticare pe care Britto şi Maude l-au botezat Isabel pot să introducă informaţia folosind fie constatările sub formă de cuvinte-cheie (ca la GIDEON), fie pasaje întregi de text, cum ar fi descrieri clinice care sunt copiate din alt program. Isabel utilizează, de asemenea, şi o strategie de căutare inovatoare pentru identificarea de diagnostice posibile pentru constatările clinice respective. Programul include un dicţionar care facilitează recunoaşterea unui spectru larg de termeni care descriu fiecare constatare. Programul utilizează apoi algoritmi de procesare a limbajului natural şi de căutare pentru a compara aceşti termeni cu cei folosiţi într-o anumită bibliotecă de specialitate. Pentru cazurile de medicină internă, biblioteca include şase manuale esenţiale şi patruzeci şi şase de reviste de primă importanţă de medicină generală şi de subspecialitate şi toxicologie. Domeniul de căutare şi rezultatele sunt filtrate, astfel încât să fie luate în calcul vârsta, sexul, localizarea geografică, date despre eventualele sarcini şi alţi parametri clinici care sunt fie selectaţi de clinician, fie introduşi automat, dacă sistemul e integrat în dosarul medical electronic al clinicianului. Sistemul afişează apoi sugestii de diagnostic, ordinea listei reflectând gradul de corelare dintre constatările selectate şi materialele de specialitate căutate. Ca şi la sistemele de primă generaţie, informaţii mai detaliate despre fiecare diagnostic pot fi obţinute imediat, cu ajutorul linkurilor spre texte de referinţă.

Isabel a înregistrat destule poveşti de succes cu care compania, pe bună dreptate, se mândreşte. Un exemplu reiese dintr-o poveste care a avut loc la puţin timp după ce Isabel a fost făcut public pentru prima

oară. Dr. John Bergsagel, un oncolog amabil de la un spital de copii din nordul Atlantei, a citit despre noul sistem şi a solicitat să fie unul dintre doctorii care urmau să îl testeze în faza beta.

La puţin timp după asta, într-o zi de weekend, un cuplu din Georgia rurală a venit cu copilul lor de patru ani la camera de urgenţă a spitalului. Nu era prima lor vizită. Fiul lor era bolnav de luni de zile, prezenta o stare febrilă care pur şi simplu nu voia să dispară. Doctorii de gardă au cerut analize de sânge, care au arătat că băiatul avea leucemie – un tip de cancer care atacă celulele din sânge. Dar în starea băiatului erau câteva lucruri care nu se legau. De exemplu, pe piele îi apăruseră nişte pete maro-deschis, cam la momentul la care debutase febra. Nimeni nu-şi putea da seama de ce apăruseră aceste semne, dar doctorii credeau că nu e important şi l-au programat pentru un tratament puternic, alcătuit din şedinţe de chimioterapie, care să înceapă luni după-amiaza. Până la urmă, timpul este duşmanul leucemiei.

Când Bergsagel a primit cazul, luni, era doar unul dintr-un teanc de cazuri noi. Trecând în revistă rezultatele analizelor şi observaţiile doctorilor examinatori, Bergsagel a fost şi el nedumerit de petele maro, dar a fost de acord că analizele de sânge erau suficient de clare – băiatul avea leucemie. Dar neconcordanţele din cazul băiatului îl sâcâiau. Bănuia că, deşi toată lumea observase erupţia, era posibil ca diagnosticul clar de leucemie să fi anulat orice alte întrebări.

„Odată ce ai apucat pe una din aceste direcţii clinice, a spus dr. Bergsagel, e foarte greu să te mai abaţi de la ea."

Dar Bergsagel s-a hotărât să facă exact asta; s-a hotărât să-i acorde lui Isabel o şansă. S-a aşezat în faţa calculatorului, într-o cameră mică şi albă din spatele recepţiei spitalului, şi a introdus datele despre simptomele băiatului.

Aproape în capul listei afişate de Isabel era o formă rară de leucemie pe care dr. Bergsagel nu o mai întâlnise niciodată – una care provoca adesea pete maro-deschis pe piele. „A fost un moment revelator", spunea el.

A anulat imediat instrucţiunile de începere a chimioterapiei intensive. Tipul de leucemie pe care îl avea băiatul era deosebit de mortal şi nu putea fi vindecat sau încetinit cu niciunul din medicamentele chimioterapeutice disponibile. A-l supune pe băiat şi pe familia lui la suferinţele şi rigorile chimioterapiei ar fi fost chinuitor, potenţial mortal şi complet inutil. Singurul tratament posibil pentru această formă de leucemie era o altă opţiune periculoasă: un transplant de măduvă. Procedura a fost efectuată, chiar dacă şansele de vindecare erau reduse. Băiatul a mai trăit un an şi jumătate.

Astfel de poveşti nu pot oferi dovada adevăratei utilităţi a lui Isabel. Pentru a măsura cât de bine funcţionează programul, doi cercetători

(fără niciun fel de interese financiare sau de altă natură legate de acest sistem) s-au hotărât să testeze sistemul pe cazuri concrete, într-un mod mai sistematic.

Mark Graber şi un coleg de-ai săi au testat sistemul pe cincizeci de cazuri exemplare luate din paginile publicaţiei *New England Journal of Medicine.* Dat fiind faptul că Isabel accepta informaţii în două moduri, cercetătorii le-au testat pe amândouă. În primul, Graber a tastat manual trei până la şase constatări din fiecare caz. În medie, totul a durat mai puţin de un minut. Diagnosticul corect era inclus în lista de diagnostice posibile produsă de Isabel în patruzeci şi opt de cazuri (96%). Atunci când textul unui întreg caz a fost copiat şi transpus în Isabel (o abordare artificială, dar facilă) acurateţea a scăzut dramatic, diagnosticul corect apărând în doar treizeci şi şapte din cele cincizeci de cazuri (74%).

Autorii observă că performanţa aceasta arată că sistemele de asistare a deciziei de diagnosticare au evoluat semnificativ de la sistemele de primă generaţie create în deceniile precedente. Persistă însă multe dintre aceleaşi obstacole faţă de acceptarea largă a sistemului, Deoarece Isabel şi alte sisteme asemănătoare nu sunt complet integrate în alte sisteme informatice medicale, datele trebuie să fie introduse în sistem de către doctor. Asta ia mult timp şi e obositor, chiar dacă Isabel pare să se fi străduit să minimizeze munca necesară. Prin folosirea acestui sistem, doctorii pot descrie simptomele unui pacient în limbajul de zi cu zi. Iar maşina e mai inteligentă, astfel încât cantitatea de informaţii detaliate necesară este mult mai mică.

Dar cel mai important e că doctorii trebuie să decidă când să folosească sistemul. Cea mai frecventă eroare de diagnosticare din medicină este, de departe, concluzia prematură – atunci când un doctor încetează să mai caute un diagnostic după ce a găsit unul care explică majoritatea sau chiar toate constatările importante, fără să îşi pună întrebarea esenţială: ce altceva ar putea fi? Dacă doctorul e satisfăcut de diagnostic, este puţin probabil să mai apeleze la creierul digital, şi astfel valoarea potenţială a sistemului se pierde.

Astfel că nici măcar această nouă generaţie de sisteme clinice de asistare a diagnosticului precum Isabel, ameliorate faţă de programele mai vechi, nu sunt încă larg utilizate. Până şi dr. Bergsagel, care a ilustrat atât de energic forţa sistemului prin modul în care l-a utilizat, spune că apelează la el doar de câteva ori pe lună.

„Sistemele disponibile astăzi sunt încă greoaie ca utilizare”, spune Jerome Kassirer. „Doctorii încă trebuie să introducă tot felul de chestii în programele acestea… şi nimeni nu are timp să tasteze toate astea. În plus, în majoritatea timpului nu ai nevoie de sistem. Mare parte din

problemele de zi cu zi cu care se confruntă un doctor răspund la tipurile tradiţionale de abordare a diagnosticării, pe care le cunoaştem de ani de zile. De fapt, în ziua de azi este şi mai uşor, pentru că avem ecografii, tomografii şi IRM-uri.”

Mai există încă un impediment pentru Isabel şi concurenţii lui: preţul. Isabel este oferit spitalelor pe baza unui cost per pat de spital, ceea ce ajunge la aproximativ 80 000 de dolari pentru un spital normal. Doctorii care lucrează pe cont propriu pot cumpăra acest serviciu pentru un tarif anual de 750 de dolari.

Deşi nu e exagerat de scump, nici pentru instituţii, nici pentru doctorii care lucrează pe cont propriu, costul sistemelor comerciale de asistare a deciziei de diagnosticare înseamnă că astfel de programe sunt vulnerabile în faţa concurenţei dintr-o direcţie aparent neaşteptată: Google.

Căutarea pe Google a unui diagnostic

Pacienţi, prieteni şi membri ai familiei mele mi-au mărturisit periodic că folosesc în mod regulat Google pentru a-şi investiga propriile simptome. Fiica mea adolescentă o face şi ea de fiecare dată când una dintre noile şi ciudatele stări ale corpului ei o nedumeresc. Nu sunt singurii. Potrivit unei cercetări din 2005 efectuate de Pew Center, 95 de milioane de americani au căutat informaţii legate de sănătate pe internet. Sunt sigură că, la un moment dat al căutării lor, majoritatea acestor oameni au folosit motorul Google.

Cu mai mulţi ani în urmă, am primit un e-mail de la o cititoare care reuşise să se diagnosticheze singură, după ce a început să aibă febră şi i-a apărut o erupţie. Nu a început cu Google. A început cu un om în care avusese întotdeauna încredere – doctorul ei.

— Am auzit adesea că atunci când te mănâncă palmele înseamnă că o să primeşti bani, i-a spus ea doctorului, când a intrat în sala de examinare. Deocamdată nu m-am ales cu niciun ban, a continuat ea, ci doar cu multă febră.

Dr. Davis Sprague a privit-o cu atenţie. Se cunoşteau de ani de zile şi, în ciuda tonului ei glumeţ, i s-a părut că femeia părea destul de bolnavă.

Se simţise bine până cu câteva zile în urmă, i-a spus ea. O durea puţin când se ducea la baie, ceea ce a făcut-o să creadă că are o infecţie a tractului urinar, aşa că băuse mai multe lichide. Asta nu a funcţionat, aşa că a doua zi s-a dus şi a consultat un alt doctor, care i-a dat un antibiotic şi un analgezic. Nu i-a trecut; de fapt, atunci a observat prima oară că o mănâncă palmele. A doua zi dimineaţă avea dureri atât de mari încât de-abia dacă s-a putut da jos din pat. În noaptea aceea a avut frisoane şi temperatură 38,9.

Erupţia a apărut ziua următoare. A început pe braţe, pe faţă şi pe piept. I-a spus doctorului că a încetat să ia analgezicul, crezând că

erupţia putea fi o reacţie alergică la el. Dar erupţia continua să se extindă.

Acum Sprague era îngrijorat. Pacienta avea cincizeci şi şapte de ani şi, în afară de o lovitură la spate şi o hipertensiune arterială ţinută sub control, fusese întotdeauna sănătoasă. Dar nu şi în ziua aceea. Doctorul se bucura că e ultimul pacient din ziua respectivă, deoarece îşi dădea seama că această consultaţie va dura mai mult timp.

La examinare femeia părea obosită, iar faţa îi era congestionată şi transpirată. Părul ei scurt şi brunet îi era lipit de scalp. Nu avea febră deloc, dar tensiunea era acum destul de scăzută, iar inima îi bătea nefiresc de repede. Erupţia care acum îi acoperea întregul corp era formată din sute de semne roşii mici şi plate. Cele mai noi, de pe picioare, erau ca nişte pistrui de culoare roşie. Cele de pe braţe şi piept erau mai mari – de mărimea unei monede de cinci cenţi – şi mai puţin definite. Erupţia nu o mânca şi nu o durea. Dar palmele, deşi fără urme de erupţie, *erau* roşii şi iritate. O mostră de urină nu prezenta nicio dovadă a vreunei infecţii, dar era pozitivă pentru sânge. Era posibil ca asta să fie rezultatul febrei, sau putea indica leziuni ale rinichilor.

— Trebuie să te duci la urgenţe, i-a recomandat Sprague pacientei. Este posibil să fie nevoie chiar să te internezi. Nu ştiu sigur ce ai, dar sunt destul de sigur că e ceva grav.

Era posibil să fi făcut o alergie la unul dintre medicamentele pe care le lua, i-a explicat el, ceea ce putea fi periculos şi putea chiar să necesite alte medicamente. Însă ceea ce îl îngrijora era că ea avea un fel de infecţie care se răspândea în corp. La spital puteau să-i facă analize de sânge şi să înţeleagă mai bine ce se întâmpla.

Doctorul de la urgenţă a cerut ceea ce părea a fi un şir nesfârşit de analize de sânge, ca şi o radiografie a pieptului. Când toate analizele au ieşit normal, acesta a decis că femeia e suficient de sănătoasă pentru a merge acasă. Probabil era o reacţie alergică, i-a spus el, şi i-a dat un antibiotic diferit. I-a mai spus că peste două zile trebuia să se ducă la control la doctorul ei.

Două zile mai târziu, femeia s-a dus din nou la cabinetul lui Sprague. Se simţea într-adevăr mai bine, spunea ea, dar încă avea febră şi acum simţea cum i se taie răsuflarea chiar şi la eforturi minime. „Despre ce crezi că e vorba?”, l-a întrebat ea.

Sprague nu era sigur. Poate că doctorul de la urgenţă avusese dreptate şi chiar era o alergie – se simţise puţin mai bine după schimbarea antibioticului. Dar problemele de respiraţie începuseră după aceea. Doctorul încă era îngrijorat din cauza infecţiei. Febra şi erupţia erau simptome obişnuite. Putea fi o boală virală – Coxsackie? West Nile? Sau era o bacterie? Aceste simptome, i-a spus el, erau atât de puţin specifice încât puteau fi întâlnite în orice, de la boala Lyme,

varianta de grădină, până la exoticul tifos exantematic Rocky Mountain. „S-ar putea să nu aflăm niciodată”, i-a mărturisit el. Dar de vreme ce ea se simţea mai bine, el era dispus să-i mai acorde câteva zile. Dacă după aceea mai avea accese de febră, doctorul avea să trimită nişte mostre de sânge pentru a încerca să afle un răspuns.

Ajunsă acasă însă, pacienta a continuat să fie îngrijorată. În seara aceea s-a aşezat în faţa calculatorului şi a făcut propria ei cercetare. „Erupţie, adult, febră”, a căutat ea pe Google.

Când cauţi pe Google un set de simptome, nu obţii neapărat cele mai frecvente sau plauzibile boli; obţii bolile cu cel mai mare număr de linkuri de la alte site-uri. Căutarea pe Google i-a adus zeci de boli destul de neobişnuite, dar cu multe linkuri: coccidioidomicoză – o infecţie fungică; febră Dengue – endemică la tropice şi în apropierea tropicelor; pojar; scarlatină.

Dar pacienta s-a concentrat imediat asupra primului rezultat: tifos exantematic Rocky Mountain, pe care doctorul ei îl pomenise. În timp ce citea despre această boală, a început să se panicheze puţin. Descrierea simptomelor, a spus ea, se potrivea perfect: erupţie, febră, dureri musculare. Erupţia, a citit ea, poate afecta palmele mâinilor, ceea ce e destul de neobişnuit. Nu avea erupţie acolo, dar palmele ei erau roşii şi o mâncau. De asemenea, boala se transmite prin căpuşele câinilor – iar ea avea câine. Apare cel mai frecvent vara – era august. Deşi e rară, este întâlnită mai frecvent pe Coasta de Est decât în Rocky Mountain, iar ea locuia în nordul statului New York. Se poate muri de boala aceasta, a citit ea. Era cea mai mortală dintre bolile transmise de căpuşe.

A sunat la camera de gardă unde fusese consultată. Fusese testată pentru tifosul exantematic Rocky Mountain? Nu, i s-a spus, de ce să fi fost? Nu întâlniseră nici măcar un singur caz în zona aceea. Femeia a închis, simţindu-se cumva uşurată. Cei de la urgenţă nu credeau că e tifos exantematic Rocky Mountain, nici dr. Sprague nu credea asta. Era posibil să nu fie.

În cursul următoarelor câteva zile, pacienta a început să se simtă din nou aproape normal. Erupţia se retrăgea – deşi acum o mânca nebuneşte – şi începea să-şi recapete energia. Dar continua să aibă febră noaptea şi uneori încă i se mai tăia răsuflarea. A revenit din nou la cabinetul lui Sprague. „Mă bucur să aud că te simţi mai bine, dar febra aceasta mă îngrijorează”, i-a spus el. „Aş vrea să mai faci nişte analize.”

„Ce crezi despre tifosul exantematic Rocky Mountain?” a întrebat pacienta. I-a mărturisit că se uitase pe internet şi i se părea că simptomele erau asemănătoare cu ce avea ea. Doctorul s-a gândit pentru o clipă. „Nu cred că asta ai, dar hai să adăugăm şi asta.” Auzise doctori care se plângeau că pacienţii lor caută diagnostice pe

internet, dar pe el nu îl deranja. Nu văzuse niciodată tifosul exantematic Rocky Mountain – poate că ea avea dreptate.

Rezultatele au venit după câteva zile. „Eşti visul oricărui internist”, i-a spus doctorul zâmbind, în timp ce ea intra în camera de examinare. „Chiar este tifos exantematic Rocky Mountain, iar eu l-aş fi ratat complet dacă nu te ascultam pe tine.” I-a dat pacientei Doxiciclină – antibioticul recomandat pentru această bacterie. Corpul părea să lupte cu boala şi fără medicament, dar doctorul nu voia să rişte. După câteva zile febra a dispărut, erupţia s-a retras şi palmele au început să revină la aspectul normal.

Am întrebat-o pe pacientă ce părere avea despre doctorul ei, care fusese atât de aproape să rateze diagnosticul. „Dar nu l-a ratat. El a fost primul care s-a gândit la asta. Şi a făcut acea analiză – chiar dacă asta putea demonstra că se înşelase. Voia doar să-şi dea seama despre ce e vorba.”

Acest caz ilustrează o tendinţă reală şi ascendentă – pacienţi care fie se diagnostichează singuri folosind internetul, fie verifică în acest mod diagnosticul doctorului. Dar în ziua de azi nu doar pacienţii folosesc puterea lui Google şi a altor motoare de căutare. Un doctor a scris în *New England Journal of Medicine* despre un diagnostic uimitor pus în instituţia lui. Cazul era cel al unui bebeluş cu diaree, o erupţie neobişnuită şi mai multe anomalii imunologice. S-a discutat mult despre acest pacient la o dezbatere asupra cazului său la care participau rezidenţi, doctorii lui curanţi şi un profesor universitar. Nu s-a ajuns la niciun consens. Scrisoarea continuă astfel:

În cele din urmă, profesorul universitar l-a întrebat pe specialist dacă pusese un diagnostic, iar ea a răspuns că da, menţionând un sindrom rar, cunoscut drept IPEX (imunodeficienţă, poliendocrinopatie, enteropatie, de gena X). Părea să se potrivească acestui caz şi toţi erau satisfăcuţi…

„Cum ai pus diagnosticul?” a întrebat profesorul. Răspunsul a fost: „Păi, aveam rezultatele biopsiei pielii şi o fişă cu testele imunologice. Aşa că am căutat trăsăturile caracteristice pe Google şi a apărut imediat”.

Această poveste, precum şi propria lor experienţă cu pacienţii care consultaseră internetul căutând informaţii despre simptomele lor, i-a determinat pe doi cercetători australieni să testeze acurateţea diagnosticării pe Google.

Ca şi Graber, au folosit cazurile medicale publicate în *New England Journal of Medicine*, alegând între trei şi cinci cuvinte-cheie din fiecare articol. Le-au introdus pe Google înainte ca ei înşişi să citească diagnosticul real. Doctorii au selectat şi au notat cele mai

proeminente trei diagnostice oferite de Google pentru fiecare caz. Apoi au comparat datele găsite pe Google cu diagnosticul real.

Rezultatul? Google a eşuat. A descoperit diagnosticul real în doar cincisprezece din douăzeci şi şase de cazuri (58%). Desigur, Google nu este conceput să ofere asistenţă în diagnosticare pentru doctori, aşa că orice răspuns corect oferit de puternicul motor de căutare este un bonus. Autorii au făcut o observaţie interesantă: Google era cel mai precis în bolile care aveau semne şi simptome unice sau manifestări rare. Asta nu e surprinzător pentru niciunul dintre noi, cei care folosim Google, dar este interesant. După cum ştie oricine a folosit un motor de căutare, cu cât mai neobişnuită este ţinta, cu atât e mai uşor de găsit. De exemplu, dacă vrei să-ţi cauţi pe Google doi prieteni, ai mult mai multe şanse să îl găseşti pe cel care se numeşte Ionia Khammouane decât pe cel care se numeşte Ann Jones. Informaţiile despre Ionia vor apărea imediat, ca şi diagnosticul din cazul copilului cu leucemie şi erupţie de pete maro.

Ceea ce e interesant e că tocmai bolile neobişnuite – cele cu simptome ciudate, pe care doctorii le văd arareori – pot fi cele mai deconcertante, atât pentru doctori, cât şi pentru pacienţi. În cazul pe care l-am prezentat la începutul cărţii, un rezident din programul nostru a reuşit să diagnosticheze o pacientă care avea stări intermitente de greaţă şi vomă din cauza unui simptom neobişnuit – greaţa ei se ameliora prin duşuri fierbinţi. Căutând asta pe Google, Amy Hsia a reuşit să identifice o boală neobişnuită, descrisă de curând, numită hypermesis cannabinoid.

Deoarece Google este disponibil la scară atât de largă, simplu, rapid şi gratuit, este posibil să devină instrumentul principal folosit drept auxiliar în diagnosticarea de bază pentru cazurile bizare. Până şi numărul din august al *New England Journal of Medicine* consideră Google „util în diagnosticarea cazurilor dificile şi rare”. Google le oferă utilizatorilor acces imediat la peste trei miliarde de articole de pe internet şi este mult mai frecvent folosit decât Pubmed pentru căutarea de articole medicale.

Autorii acestui studiu despre Google observă că, de fapt, este posibil ca Google să fie un instrument de diagnosticare mai precis pentru clinicieni decât pentru publicul nespecialist, deoarece clinicienii vor folosi termeni de căutare mai specifici („infarct miocardic” în loc de „atac de cord”, de exemplu) şi vor fi mai în măsură să identifice variantele posibile, datorită cunoştinţelor lor. Pacienţii, care folosesc limbajul de zi cu zi, se pot alege cu mai puţine variante utile, îngropate în pagini şi pagini de site-uri irelevante. Capacitatea lor de a le diferenţia pe cele utile va fi compromisă de nefamiliaritatea lor cu limbajul medical.

Puterea lui Google în domeniul diagnosticării medicale nu i-a scăpat nici lui Google însuşi. Google a creat un Departament de Consiliere Medicală, care să informeze despre munca lor în acest domeniu. Şi a făcut eforturi majore de îmbunătăţire a calităţii procesului de căutare a informaţiilor medicale, determinând organizaţii (precum National Library of Medicine) şi doctori de prestigiu care lucrează pe cont propriu să marcheze site-urile de internet care oferă informaţii fiabile. Acestor site-uri li se dă prioritate atunci când sunt trimise rezultatele căutării, ele purtând însemnul persoanei sau organizaţiei care le-a examinat.

Google este foarte deschis în privinţa planurilor lui de îmbunătăţire a capacităţilor de căutare pentru pacienţi. Această companie nu suflă o vorbă, însă, despre posibilitatea de a face acelaşi lucru pentru doctori (reprezentanţii Google au refuzat să fie intervievaţi în legătură cu acest subiect). Poate că asta se datorează faptului că doctorii sunt un public preţios, iar dacă Google poate să găsească o modalitate de a îmbunătăţi procesul de căutare până la punctul la care acesta să fie mai precis decât Isabel şi alte sisteme comerciale, atunci va cuceri piaţa şi va putea să vândă publicitate pentru acele instrumente de căutare folosite de medici.

Dar chiar şi cel mai precis sistem de asistare a deciziei de diagnostic al Google nu va rezolva cu adevărat problema diagnosticelor ratate. În primul rând, orice sistem care trebuie consultat separat de locul de muncă digital în care un doctor sau o asistentă se ocupă de un pacient va fi folosit doar atunci când există incertitudine în mintea cadrului medical. Dacă un doctor este sigur pe diagnosticul lui sau o asistentă este sigură că medicaţia prescrisă este cea corectă, atunci nu vor apela la Google (sau Isabel, sau DXplain, sau orice alt sistem).

Programele de calculator vor avea doar un impact minor asupra problemei diagnosticelor ratate şi a altor tipuri de erori medicale, până când vor deveni mult mai „deştepte” şi mai uşor de folosit decât sunt astăzi.

„Sistemele viitoare trebuie să opereze în fundal”, spune Eta Berner, cercetătoarea care a urmărit timp de decenii progresul în medicina computerizată. „Doctorul nu ar trebui să fie obligat să introducă nimic. Sistemul ar trebui să fie capabil să extragă informaţiile din ceea ce doctorul sau asistenta face deja… luând notiţe, tastând valori ale analizelor sau prescriind medicamente. Sistemul ar trebui să fie suficient de inteligent ca să ofere un semnal de alarmă sau un avertisment doar dacă lipseşte ceva cu adevărat important… o analiză, de exemplu, sau un medicament”

Berner prevede o epocă în care toate fluxurile de informaţie acum fragmentate din sistemul medical vor fi unificate şi integrate. Fişele

medicale ale pacienţilor vor fi complet digitale – inclusiv imagini precum IRM-urile sau radiografiile. Cuvinte şi expresii standard şi unităţi de măsură sau descriere vor fi folosite astfel încât sisteme computerizate aflate la mare distanţă să poată folosi informaţia în mod inteligent şi precis. Doctorii şi asistentele vor introduce toate informaţiile în format digital – scrisul (care, oricum, nu era punctul tare al doctorilor) va deveni anacronic.

Cu un astfel de sistem funcţional, posibilitatea infectării cu schistosomiasis ar fi apărut pe ecran imediat ce femeia descrisă mai devreme ar fi fost evaluată la camera de gardă. Posibilitatea ca micuţa Isabel Maude să sufere de o complicaţie rară de varicelă ar fi fost greu de ignorat.

Iar pacienta cu tifos exantematic Rocky Mountain nu ar fi trebuit să folosească Google-ul ea însăşi… Doctorul ei ar fi văzut deja dinainte legătura strânsă dintre simptomele ei şi diagnosticul posibil.

Desigur că vor trece ani – sau, mai probabil, decenii – până când un astfel de sistem să devină funcţional. Şi, chiar dacă eu consider că este inevitabil ca vastele resurse ale epocii digitale să devină mult mai integrate în sistemul nostru medical şi în rutina de diagnosticare a doctorului, este posibil ca asta să nu ia forma pe care o anticipăm noi. Calculatoarele au revoluţionat deja semnificativ abilităţile noastre de diagnosticare. Cred că primul şi cel mai important instrument digital de diagnosticare a fost tomograful. Apariţia calculatoarelor puternice a fost cea care ne-a permis să înregistrăm date dintr-o serie de imagini bidimensionale, pentru a crea o reprezentare tridimensională a corpului. Din 1972, atunci când a fost creat tomograful, acest instrument a făcut ca diagnostice care altădată ar fi fost descoperite doar după decesul pacientului să devină rutină. Astfel că, deşi ne imaginăm un viitor în care calculatoarele vor fi învăţat să gândească precum doctorii, este posibil ca totuşi cele mai mari contribuţii ale lui să ia forme foarte diferite.

Vor fi dificultăţile de diagnosticare eliminate în întregime de un anumit tip de sistem computerizat inteligent, supereficient şi integrat? Vor fi înlocuiţi doctorii? Nicidecum. Eu cred că procesul de diagnosticare va deveni mai eficient şi că în viitor se va putea determina mai rapid şi mai uşor care este problema reală a unui pacient. Dar vor exista întotdeauna decizii de luat – între diagnostice posibile, între analize de făcut, între variante de tratament. Doar o fiinţă umană înzestrată cu abilităţi şi cunoştinţe poate să ia acest gen de decizii.

Şi, bineînţeles, oamenii au nevoie nu doar de tratamentul potrivit pentru boala reală. Au nevoie să fie ascultaţi şi liniştiţi, au nevoie de explicaţii, încurajări şi compasiune – întreg spectrul sprijinului

emoţional care este o parte esenţială a ceea ce doctorii încearcă să facă: să vindece.

Postfaţă

Diagnosticul final

„Îmi pare rău”, mi-a spus tânărul la telefon. Avea o voce înăbuşită, compătimitoare, greu de auzit din faţa uşii cabinetului meu, în agitaţia din clinică. Era un necunoscut pentru mine. Îmi spusese că îl cheamă Jorge. Era un vechi prieten al unei tinere femei pe care o cunoscusem amândoi foarte bine. „Am vorbit cu ea la telefon aproximativ cu douăzeci de minute înainte. Mi-a zis să trec pe la ea, aşa că m-am suit în maşină şi m-am dus.”

Mi-a spus că sunase la uşa ei, devreme în acea dimineaţă însorită de septembrie, iar când nu a răspuns nimeni, a intrat pe poarta din spate. Când a văzut-o întinsă în şezlong în costum de baie, primul lui gând a fost cât de frumoasă este. „Sunt căsătorit, deci nu era vorba de asta, dar întotdeauna a fost o frumuseţe.” El i-a spus „Salut, ce faci?”, iar când ea nu a răspuns a pus mâna pe umărul ei. Pielea ei era caldă, dar lui i s-a părut ciudat de palidă, dedesubtul bronzului. „Şi atunci mi-am dat seama, mi-am dat seama. Avea telefonul chiar lângă ea, ca de obicei, aşa că l-am luat şi am sunat la 911.”

M-am gândit la ultima oară când o văzusem pe Julie: obrajii ei bronzaţi încă lipsiţi de riduri, ochii atât de albaştri încât până şi albul lor era ca oul de măcăleandru. Parcă auzeam vocea ei tărăgănată şi gravă, răguşită de tutun, şi simţul sănătos al umorului. Am închis uşa cabinetului şi m-am prăbuşit în scaun.

Frumoasa şi misterioasa mea soră mai mică era moartă.

Primul meu gând, atunci când am reuşit în sfârşit să gândesc, a fost cum? Mai mult decât orice altceva, voiam să ştiu cum se poate ca o femeie tânără să moară atât de brusc încât să nu aibă timp nici măcar să ceară ajutor. Ce se întâmplase?

Era o întrebare ciudat de familiară. Atunci când muriseră pacienţi de-ai mei, soţii, părinţii, copiii sau prietenii lor îmi puneau exact aceeaşi întrebare, după ce le dădeam vestea. În sălile de aşteptare din faţa camerei de urgenţă sau a secţiei de terapie intensivă, mă întrebau, şocaţi, trişti şi înlăcrimaţi: doamna doctor, cum s-a întâmplat asta? Cum a murit această persoană, care nu cu mult timp în urmă era plină de viaţă? Încercam să răspund cât mai bine, să adun laolaltă firele unei boli sau degringolade devastatoare, dar părea o întrebare ciudată – ca şi cum o explicaţie ar fi putut să aline durerea intensă. Dar acum îi vedeam sensul. Am înţeles, dintr-odată, acea nevoie teribilă de a şti cum.

La patruzeci şi doi de ani, sora mea fusese sănătoasă, însă era şi alcoolică. În ultimii aproximativ cincisprezece ani, viaţa ei fusese dominată de această dorinţă, apoi nevoie, de a bea. Începuse – ca atâţia alţii – cu excesele din liceu, dar se liniştise după căsătorie şi

naşterea fiului ei, pe care îl iubea. De-a lungul timpului, din motive pe care nu le voi afla niciodată, Julie a început să bea tot mai frecvent. Orgiile de weekend s-au transformat rapid în doza zilnică pe care o bea pe furiş în timp ce îşi pregătea băiatul pentru grădiniţă, în timp ce prepara cina sau îl pregătea pe băiat pentru culcare.

A încercat să se lase. Se interna, iar şi iar, la spital, sau pur şi simplu începea să se ducă la întâlnirile AA şi a încercat – chiar a încercat, după părerea mea – să se lase. Ne suna aproape zilnic, anunţând triumfătoare numărul exact de zile, chiar ore, de la ultimul pahar. Apoi apelurile deveneau tot mai rare. Căsuţa ei vocală ne spunea că o să ne sune ea, dar asta se întâmpla rareori, Şi apoi, în cele din urmă, era doar tăcere. Până când încerca din nou. Surorile mele şi cu mine – în familia mea eram cinci surori – asistam la asta, tulburate şi neajutorate. De-a lungul anilor învăţaseră ceea ce învaţă toate rudele alcoolicilor: că, orice am fi făcut, nu era suficient.

Apoi a murit, la fel de misterios pe cât trăise.

Ce putea să ucidă atât de rapid o femeie tânără? Jorge găsise telefonul ei mobil împreună cu un pachet de ţigări şi o Cola, alături de ea. Era evident că făcea plajă şi se relaxa, în soarele de vară. Ceea ce o omorâse, orice ar fi fost, lovise atât de rapid încât nu putuse să întindă mâna şi să formeze 911. Ce anume putea să provoace asta? Nu-mi puteam scoate din cap această întrebare teribilă. Mă gândeam la asta, în timp ce îmi pregăteam călătoria spre casă. Am intrat în rolul doctorului – în parte din cauză că era o modalitate de a-mi gestiona suferinţa şi în parte din cauză că asta ştiu să fac. Şi, fără să-mi doresc neapărat, m-am trezit încercând să fac un diagnostic diferenţial, căutând scenarii care ar fi putut explica de ce sora mea murise atât neaşteptat.

Fără îndoială, un atac de cord poate fi rapid şi mortal, mai ales la o vârstă tânără. Dar asta ar fi neobişnuit la o femeie de patruzeci şi doi de ani. Şi nu aveam antecedente de boli de inimă în familia noastră. Ruptura unui de vas de sânge din creierul ei ar fi putut provoca o pierdere instantanee a cunoştinţei şi moarte rapidă. Un cheag masiv care ar fi ajuns în plămânii ei era altă posibilitate. Era fumătoare; poate că lua şi anticoncepţionale. Această combinaţie a fost pusă în legătură cu astfel de cheaguri. O infecţie părea puţin probabilă. Şi totuşi, fusese ea oare bolnavă? Nu ştiam. Sinuciderea era de negândit pentru mine, dar trebuia să rămână o posibilitate. Când se apuca iar de băut, era adesea profund deprimată. O supradoză accidentală era şi ea posibilă.

Medicul legist din Savannah, Georgia – acolo unde trăise în ultimul ei an şi unde murise – a cerut să se efectueze autopsia. Deşi una dintre surorile mele era supărată din cauza a ceea ce ea vedea ca pe

o profanare, eu eram recunoscătoare. Speram ca o autopsie să îmi ofere acest diagnostic final necesar.

Autopsia – cuvântul provine din grecescul *autopsia*, cu înţelesul de a vedea tu însuţi. În mod tradiţional, autopsia a jucat un rol vital în medicină. Timp de secole, tot ceea ce ştiam despre boli era extras din examinarea corpurilor după moarte. Chiar şi astăzi, atunci când pacienţii mei mă întreabă despre durerile lor pentru care eu nu am niciun diagnostic, le mărturisesc că ceea ce ştim despre bolile care *nu* pot să te omoare este destul de recent şi mult mai puţin evoluat, deoarece chiar şi acum mare parte din cunoştinţele noastre despre boli este obţinut post-mortem.

Primul pas al medicinei în diagnosticul modern a venit în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea, când Giovanni Battista Morgagni, doctor şi profesor la Universitatea din Padova, a publicat *Despre aşezările şi cauzele bolilor*; *investigate cu ajutorul anatomiei* Această carte, terminată când Morgagni avea şaptezeci şi nouă de ani, era compusă din sute de desene frumoase şi detaliate de la autopsiile pe care el le efectuase în decursul îndelungatei lui cariere. Aceste imagini desenate cu atenţie dezvăluiau distrugerile şi distorsiunile anatomiei ascunse în spatele pielii şi cauzatoare de moarte. Arătând exact cum se manifestă boala însăşi în aceste modalităţi vizibile şi concrete din interiorul corpului, opera lui a inspirat generaţii de doctori să investigheze procesul prin care boala poate distorsiona şi tulbura anatomia noastră fundamentală.

Timp de secole, bolile şi moartea fuseseră atribuite umorilor, spiritelor sau altor instanţe intangibile, nefiind ceva real şi vizibil, cum era în aceste imagini.

În ultimii 250 de ani autopsia a fost una dintre cele mai de încredere surse de informaţii ale medicinei despre natura bolilor. Cancerul, bolile de inimă sau hemoragia au fost văzute prima oară prin explorarea trupului după moarte. În secolul al XX-lea autopsia a fost folosită ca ultimul instrument de diagnosticare. La apogeul ei, până la jumătate dintre toţi pacienţii care mureau la spital erau supuşi unei evaluări post-mortem, Ceea ce era dezvăluit, chiar dacă nu mai putea să-l ajute pe pacient, reprezenta adesea o informaţie utilă pentru doctor, spital sau familie. Bolile ratate sau nedetectabile prin tehnologia existentă erau, în sfârşit, făcute vizibile. Doctorii puteau folosi acele cunoştinţe în beneficiul următorilor lor pacienţi. Spitalele foloseau informaţiile ca formă de certificare a calităţii îngrijirii medicale pe care o ofereau competenţei doctorilor care practicau acolo. Existau beneficii şi pentru familia îndoliată. Boala care li-i luase pe cei îndrăgiţi putea fi un risc şi pentru ei.

În ziua de azi, pacienţii care mor la spital rareori ajung pe masa medicului legist. Înainte, spitalelor li se cerea să efectueze autopsii. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – organismul oficial care supraveghează spitalele – a solicitat acestor instituţii să menţină rata autopsiilor la cel puţin 20% (25% pentru spitalele universitare), ceea ce era, şi continuă să fie, rata despre care majoritatea susţinătorilor spun că este minimă pentru monitorizarea erorilor de diagnosticare şi îngrijire spitalicească. Comisia a eliminat această cerinţă în 1970. Medicare a încetat să plătească pentru autopsiile care încă mai erau efectuate, câţiva ani mai târziu.

Până de curând, autopsiile erau considerate şi o componentă esenţială a pregătirii medicale. Programelor de rezidenţiat li se cerea să efectueze autopsii pentru 15% dintre toţi pacienţii decedaţi în timpul îngrijirii de către rezidenţi. Se considera că a vedea ravagiile reale ale bolii constituie o parte importantă a pregătirii medicale. Dar în anii 1990 s-a renunţat la aceste cerinţe, în cazul majorităţii celor aflaţi în pregătire. Programele de rezidenţiat mici au protestat împotriva costurilor crescânde – autopsiile nu erau decontate – şi aplicarea regulii era dificilă.

Chiar înainte de a se renunţa la cerinţele faţă de spitale şi programele de pregătire, numărul autopsiilor efectuate scăzuse dramatic. În anii 1960, aproape jumătate dintre cei care mureau la spital erau autopsiaţi. După doar patruzeci de ani, la începutul secolului XXI, rata scăzuse la mai puţin de 6% dintre decesele intraspitaliceşti. Nu ştim nici măcar câte se mai fac acum, pentru că datele acestea nu mai sunt colectate. În spitalul local în care îngrijesc eu pacienţii, s-au făcut nouăzeci şi trei de autopsii în 1983. În unul dintre ultimii ani, am efectuat măreţul număr de unsprezece autopsii, iar aproape jumătate dintre acestea erau pe bebeluşi născuţi morţi.

Ceea ce s-a întâmplat aici, în Statele Unite, s-a întâmplat peste tot. A existat un declin global în rata autopsiilor – o consecinţă, în parte, a costului crescând al îngrijirii medicale, amplificată de o lungă tradiţie de preocupări culturale legate de acest tip de profanare a corpului. Dar adevărata forţă motrice din spatele acestui declin a fost încrederea crescândă a doctorilor şi pacienţilor că diagnosticele puse în timpul vieţii erau exacte.

Fără îndoială, capacitatea unui doctor de a pune un diagnostic exact s-a îmbunătăţit semnificativ de-a lungul ultimei jumătăţi de secol. Un studiu recent efectuat de U.S. Agency for Healthcare Research and Quality sugera că posibilitatea ca un doctor să facă o eroare de diagnosticare importantă a scăzut cu 25% pe deceniu, de la mijlocul secolului încoace. Este o mărturie a eficienţei noilor tehnologii de testare care ne stau la dispoziţie.

Dar acel studiu mai arăta şi că doctorilor încă le scapă probleme importante. Dintre puţinele autopsii încă efectuate, în unul din douăsprezece cazuri s-a descoperit un diagnostic care ar fi putut schimba modul de tratare a pacientului – şi care astfel ar fi putut modifica, eventual, rezultatul final. În ziua de azi, doctorii cer autopsie atunci când moartea pacientului a fost surprinzătoare sau când boala de fond nu a fost înţeleasă. Dat fiind acest lucru, poate că nu trebuie să ne mire că ceva important a fost ratat; acesta este chiar motivul pentru care doctorul a cerut autopsia.

Şi totuşi, mai multe studii au arătat că doctorii nu pot să prevadă care cazuri vor oferi surprize. S-a dovedit că, în medicină (ca şi în război, potrivi lui Donald Rumsfeld), există lucruri pe care ştii că nu le ştii şi mai există lucruri pe care nu ştii că nu le ştii. Autopsia este o modalitate de a explora aceste unghere întunecate. Scăderea numărului autopsiilor sugerează că nici doctorii, nici spitalele nu sunt interesate în explorarea cotloanelor întunecate a ceea ce nu ştim că nu ştim.

Sora mea nu a murit la spital, unde şansele de a fi primit vreodată un diagnostic final erau minime. A murit „pe teren”, astfel încât moartea ei a devenit una medico-legală. Medicul legist şi judecătorul de instrucţie sunt două braţe de investigare gemene, menite să cerceteze morţile neaşteptate. Cea mai importantă diferenţă dintre aceste sisteme este că examinatorii medicali sunt întotdeauna doctori, de obicei patologi, numiţi de stat; un judecător de instrucţie este ales şi este rareori doctor. Amândoi sunt însărcinaţi cu investigarea oricărei morţi neaşteptate din afara spitalului. După cum ştiu cei care se uită la CSI, obiectivul principal e de a depista dacă s-a produs o infracţiune care să provoace moartea. În plus, examinatorii medicali pot oferi servicii de sănătate publică – un sistem de alertare rapidă care să identifice infecţiile apărute. Deoarece sora mea murise în curtea ei, a intrat în autoritatea judecătorului de instrucţie din statul Georgia, iar corpul ei a fost dus la autopsie. Moartea neaşteptată a unei tinere femei merita o investigaţie – una care, speram eu, îmi va oferi un răspuns.

În timp ce aşteptam ca judecătorul de instrucţie să îşi termine sinistrele lui investigaţii, am continuat să încerc să aflu mai multe despre orele şi zilele dinaintea morţii ei. Se aflau oare, indicii acolo? Jorge, prietenul care o găsise, mi-a oferit câteva detalii. Era dureros să le ascult. Sora mea trăsese o beţie cruntă în timpul weekendului de Ziua Muncii. O orgie serioasă. Il sunase în dimineaţa aceea, plină de remuşcări şi de ruşine, dar şi hotărâtă că de data asta va reuşi să se lase. Se simţea slăbită şi obosită şi avea dureri. O dureau stomacul,

capul şi spatele. El spusese că vine imediat, ceea ce şi făcuse. Şi atunci a găsit-o.

O altă soră vorbise cu ea doar cu câteva zile înainte să moară. „S-a dus la doctor săptămâna trecută, ceea ce nu face niciodată. O durea stomacul. Dar doctorul n-a găsit nimic. Oricum, mă întreb cât de mult i-a spus."

Am sunat la cabinetul la care fusese. „A fost aici o dată, cu câţiva ani în urmă, şi apoi din nou cam acum o luna', mi-a spus doctorul. Auzeam foşnetul paginilor, în timp ce el răsfoia fişa medicală. „În timpul consultaţiei s-a plâns de o durere persistentă în partea de jos a abdomenului, în ultimele câteva zile. Ceva greaţă şi ceva vomă, fără diaree. A negat orice antecedente medicale, nu lua niciun medicament. Examinarea fizică arată că era o femeie slabă, cu aspect obosit. Tensiunea ei era normală, 122/80, pulsul mare, dar totuşi în limite normale. Nu avea febră. Examinarea abdomenului a fost normală: sensibilitate minimă generalizată, sunete intestinale prezente. Nu am făcut examinare rectală." Paginile au foşnit. „Analiza urinei era normală. CBC-ul [nivelul celulelor – o analiză care cuantifică celulele albe, celulele roşii şi trombocitele] nu a arătat nicio infecţie. M-am gândit că poate a luat un virus şi i-am dat ceva pentru greaţă şi un analgezic uşor. I-am spus să sune dacă nu îi trece." A făcut o pauză şi foşnetul a încetat. „Nu ştiam că a murit. Îmi pare rău."

M-am dus cu avionul acasă şi am mers la cimitirul familiei, deja aglomerat de mormintele ultimei generaţii. Surorile mele şi cu mine am primit flori, condoleanţă şi mâncare. Am aşteptat ca judecătorul de instrucţie să ne trimită trupul ei, iar când acesta ne-a fost adus, am îngropat-o. Au venit oameni din oraşul nostru natal şi din noul ei oraş. L-am cunoscut pe Jorge şi pe alţi câţiva dintre prietenii ei de la AA. Am descoperit atunci că toţi ne luptam cu aceeaşi întrebare: cum?

După înmormântare, am sunat la biroul judecătorului de instrucţie, încrezătoare că ei au un răspuns. Raportul nu era gata – datele de laborator încă nu sosiseră –, dar l-am convins pe asistent să se uite prin raport şi să caute concluzia. Făcuseră autopsia, dar nu găsiseră nimic, niciun fel de probă a ceea ce o ucisese pe sora mea. Femeia de la telefon era amabilă şi părea că-şi cere scuze. Îmi simţea dezamăgirea.

Am asistat la prima autopsie în primul an de Medicină. Aveam deja jumătate de an de anatomie, aşa că mai privisem moartea de aproape şi până atunci. Un mic grup de studenţi la Medicină şi rezidenţi venise să asiste. În timp ce ne luam salopetele de hârtie, apărătorile şi măştile pentru faţă care sunt necesare într-o sală de autopsie, patologul ne-a descris pe scurt cazul. Era o femeie tânără care murise la doar câteva zile după ce născuse primul ei copil. Ultimele

săptămâni de sarcină fuseseră complicate de tensiunea ei arterială – prea mare pentru a putea fi ţinută sub control chiar şi cu multiplele medicamente care îi fuseseră prescrise. Apoi a făcut insuficienţă renală şi hepatică şi a fost diagnosticată cu preeclampsie – o complicaţie misterioasă şi neobişnuită a gravidităţii. Singurul tratament de succes pentru asta este naşterea copilului, iar acestei femei i se făcuse cezariană.

Dar chiar şi după naşterea copilului, mama a rămas bolnavă, apoi a murit dintr-odată. Ce o ucisese? Aceasta era întrebarea la care trebuia să răspundă autopsia.

Ne-am adunat în sala de autopsie, o cameră mare şi bine iluminată, cu pereţi de un verde impersonal, propriu instituţiilor în care se aflau mai multe mese de oţel inoxidabil de lungimea unui om. La fiecare dintre ele era un cântar, o masă pentru mostre şi un furtun din care picura apă într-un bazin de sub masă. Huruitul grav al unui ventilator sporea impresia de industrial a acelui loc.

În ciuda măştii groase de hârtie pe care mi-o legasem peste nas şi gură, se simţea dulceaţa greţoasă a detergenţilor şi conservanţilor, iar dincolo de asta un miros fetid, animalic, de sânge şi excremente. Trupul tinerei femei zăcea pe masă. Era dezbrăcată – mică şi vulnerabilă pe această lespede lungă şi rece. Aproape că putea să pară adormită, cu excepţia palorii de manechin a pielii ei. Părul ei scurt şi castaniu atârna pe masă; gâtul era ridicat pe un suport de lemn. Un tatuaj mic de pe umăr înfăţişa o pasăre în zbor.

Tehnicianul a anunţat ora şi apoi, cu o rapiditate exersată, a luat un scalpel şi a băgat lama în pieptul femeii, exact sub clavicula ei stângă. A tăiat în jos şi de-a curmezişul pieptului, înspre partea de jos a mijlocului cutiei toracice. Niciun pic de sânge nu a curs din această rană.

A tăiat repede pe deasupra coastelor din dreapta, trasând un V mare peste pieptul ei, apoi a continuat drept în jos pe abdomen, a trecut de cicatricea chirurgicală încă nevindecată a cezarianei, până la osul pubian. Brutalitatea calmă şi profesională era fascinantă şi puţin respingătoare.

Totuşi, mediul ca de laborator şi modificările subtile ale corpului care strigau că în această cochilie nu mai rămăsese niciun pic de viaţă transformau ceea ce părea de negândit în posibil.

Tehnicianul, un bărbat de vârstă mijlocie cu braţe musculoase, a deschis pieptul şi abdomenul, dezvăluind organele dinăuntru. Unul câte unul, acestora le-au fost tăiate legăturile, au fost scoase din trup, inspectate şi apoi cântărite. Fiecare observaţie şi măsurătoare era anunţată şi înregistrată, pentru a fi transcrisă ulterior.

Plămânii au fost ridicaţi pentru a dezvălui inima, care, ni s-a spus, era mărită. Mie mi s-a părut minusculă, dar când a fost cântărită

printre cunoscători s-a auzit un murmur, prin care se recunoştea faptul că inima era, într-adevăr, surprinzător de mare. Celelalte organe au fost scoase, inspectate şi cântărite, apoi aliniate pe masă, pentru o cercetare ulterioară mai detaliată.

Tehnicianul a trecut la cap. A făcut o incizie în spatele scalpului, apoi a desfăcut ţesutul în faţă la fel de uşor cum desprinzi coaja de pe o banană. Cu ajutorul a ceea ce părea un fierăstrău electric, a tăiat rapid un cerc în vârful craniului. A desprins capacul astfel creat al craniului cu un instrument subţire asemănător cu o rangă. Cutele gri-cafenii ale creierului pe care le cunoşteam din explorările mele anterioare de la orele de anatomie nu erau prezente, în schimb, am văzut ceea ce părea a fi o minge netedă şi gri, cu pete circulare maro-negre, strălucitoare, de mărimea unui suport pentru pahare. Creierul era enorm de umflat. Petele erau sânge mai vechi, coagulat la suprafaţă. În mod evident, un vas mare de sânge de la nivelul creierului se rupsese, umplând tot spaţiul disponibil; presiunea aceasta determinase netezimea şi strălucirea nefireşti ale creierului.

Avusese hemoragie cerebrală – o consecinţă a tensiunii arteriale mari pe care nici măcar naşterea copilului şi toate medicamentele noastre nu reuşiseră să o reducă.

Atunci când asistentul judecătorului de instrucţie mi-a spus că autopsia surorii mele nu dezvăluise nimic, m-am gândit la acea femeie tânără. Involuntar, mi-am imaginat-o pe sora mea pe acea lespede de aluminiu, cu ochii ei albaştri închişi şi părul decolorat de soare încâlcit în jurul capului, iar zonele cele mai intime ale ei expuse în faţa privirilor de experţi ale celor care nici măcar nu o cunoscuseră. Era dureros să mi-o imaginez astfel. Fără îndoială că ei văzuseră urmele vieţii grele pe care o dusese ea: liniile negre din plămâni care dezvăluiau o istorie lungă de fumător; un ficat mărit – sau poate un ficat micşorat, plin de cicatrici din cauza anilor de băut. Faptul că aceşti tehnicieni aflaseră secretele vieţii surorii mele mai mici îmi crea un fel de jenă dureroasă. Ca şi cum ne surprinseseră în suferinţă pe mine şi pe surorile mele şi văzuseră, cumva, toate secretele noastre. Şi totuşi, nimic din ce aflaseră ei nu putea explica moartea bruscă şi neaşteptată a surorii mele. Am închis telefonul şi am inspirat adânc de câteva ori.

Dar aceste rezultate dezamăgitoare aveau ceva să-mi spună. Autopsia trebuia să fi arătat dacă avusese vreo sângerare masivă undeva. Sau un cheag mare la inimă sau la plămâni. Sau o infecţie mortală. În schimb, ea părea să fi fost complet normală.

Există doar câteva lucruri care te pot ucide fără să lase urme. Luase o supradoză de droguri? Alcoolul era drogul ei preferat – mai adăuga ceva în combinaţie? Şi dacă da, o făcuse intenţionat? Ideea unei disperări atât de mari care o făcuse să ia intenţionat o

supradoză, era mai mult decât puteam suporta. Poliţia nu găsise nicio cutie de pastile sau probe de droguri ilegale la faţa locului şi nu exista niciun bilet. Sau era posibil să fi avut un ritm al inimii anormal?

Şi dacă da, ce anume îl provocase? Următorul pas era ca judecătorul de instrucţie să examineze sângele şi ţesuturile ei, în căutarea de cauze invizibile pentru ochi.

Ultima oară când am vorbit cu sora mea fusese de ziua ei. Îmi dădeam seama că băuse, deoarece nu voia să vorbească. „Ce mai e nou?” „Nu cine ştie ce”, a răspuns ea. „Totul e la fel. Mă duc la muncă, la întâlniri, acasă.” A tras un fum adânc din ţigară. „Şi tu?” m-a întrebat ea, evitând orice discuţie reală despre viaţa ei. I-am spus câte ceva despre cei doi copii ai mei şi am pus capăt scurtei noastre conversaţii, cu insatisfacţie de ambele părţi. Spunea că merge la întâlniri, dar dacă n-ar fi băut ar fi fost plină de detalii, de poveşti şi de umor. Sora mea era o beţivă lipsită de voioşie: era ascunsă, defensivă şi tăcută; atât de diferită de femeia pragmatică şi exuberantă care fusese înainte ca alcoolul să înceapă să-i domine viaţa.

În timp ce făceam curat după masa de înmormântare, eu şi surorile mele discutam despre ultimii ei câţiva ani. Sora care rămăsese cel mai aproape de ea, atât geografic, cât şi emoţional, îşi amintea cum o mai dusese o dată la spital. „Îţi aminteşti, nu-i aşa? Voma sânge şi am dus-o la Roper. I-au luat sânge şi după ce i-au făcut endoscopie a venit s-o consulte un doctor tânăr. I-a spus că are potasiul periculos de scăzut şi că trebuie să primească potasiu intravenos.”

Potasiul scăzut – hipocalemia – este o complicaţie bine cunoscută a alcoolismului. Când este consumat în exces, alcoolul poate să elimine anumiţi electroliţi – cum ar fi potasiul sau magneziul. În mod normal, asta nu ar provoca o problemă, deoarece noi înlocuim aceşti electroliţi în fiecare zi. Cei mai mulţi dintre noi mâncăm mult mai mult decât ar putea utiliza corpurile noastre. Dar uneori alcoolicii nu înlocuiesc aceste substanţe chimice vitale. Şi, odată ce aceşti electroliţi importanţi au ieşit din limitele lor normale, este greu ca organismul nostru să mai funcţioneze bine. Dacă ies prea mult din normal, atunci nu mai funcţionează deloc: inima noastră pur şi simplu se opreşte şi murim.

În mod normal, organismul nostru este bine protejat împotriva acestui risc. Dar pentru sora mea aceasta nu era o perioadă normală. Era oare posibil ca dezechilibrul acela esenţial să fi revenit? Circumstanţele se potriveau: era după o beţie şi probabil că nu mâncase. Ştiam că, în trecut, slăbise două sau chiar patru kilograme în timpul unei beţii din cauză că pur şi simplu nu mânca. Uitasem de antecedentele ei de hipocalemie. Şi asta se întâmplase imediat după o beţie. Fără potasiu, inima ta poate înceta pur şi simplu să mai bată.

Fără durere, fără să ai timp să întinzi mâna după telefon. Putea fi asta ceea ce o ucisese?

După câteva săptămâni, judecătorul de instrucţie a emis în cele din urmă raportul. Nu fuseseră descoperite niciun fel de anomalii, în afara celor întâlnite în mod normal după deces. Exista alcool, dar nu exista otravă, nici droguri sau vreun semn de infecţie. Electroliţii ei erau într-o totală debandadă. Potasiul era nu prea scăzut – cum m-aş fi aşteptat eu –, ci mult prea mare. L-am sunat pe patologul care făcuse autopsia. Era posibil ca sora mea să fi murit din cauza acestei creşteri neanticipate a potasiului? Nu. Patologul mi-a spus că potasiul mare pe care îl văzusem eu se datora schimbărilor care se petrec în orice corp după moarte. Dacă existase un nivel periculos de scăzut de potasiu sau altă substanţă chimică vitală, care, în ultimă instanţă, să-i fi făcut inima să se oprească, moartea însăşi ştersese acea probă.

Deci autopsia nu avea un răspuns. Şi totuşi, punând totul cap la cap – antecedentele ei de hipocalemie, autopsia care nu dezvăluise nimic şi decesul produs brusc, ştiam ce se întâmplase. Puteam reface povestea în mintea mea. Jorge îmi spusese că Julie băuse, iar eu ştiam că în timpul unei beţii nu mănâncă. Combinaţia aceasta putea explica durerile abdominale care o făcuseră să meargă la cabinetul medical. Avea potasiul scăzut. De aceea avusese dureri şi se simţise obosită în dimineaţa în care murise. Potasiul scăzut trebuie să îi fi împins inima spre un ritm neregulat fatal. Moartea ei trebuie să fi fost aproape instantanee – nelăsându-i timp să mai sune la 911.

Mi-am petrecut Crăciunul următor cu cele trei surori ale mele. Într-o casă închiriată de pe o plajă, într-o noapte friguroasă şi posomorâtă de decembrie, am stat şi am vorbit despre Julie, după ce copiii şi soţii noştri s-au dus la culcare. Deşi trecuse peste un an, sentimentul pierderii era încă proaspăt, iar această vacanţă – prima noastră vacanţă fără ea – făcea durerea încă şi mai intensă. Pentru ele, datele specifice ale modului în care murise ea făceau parte din acelaşi talmeş-balmeş de mistere disparate care o însoţeau atât de adesea pe sora mea mai mică. Aşa că le-am spus în cuvinte simple despre ceea ce manualele mele numeau hipocalemie şi le-am explicat versiunea mea despre povestea morţii lui Julie. Odată aşezată la locul ei această piesă a puzzleului, a devenit mai uşor să inserăm povestea morţii ei bruşte în povestea mai lungă pe care o ştiam deja – povestea bolii lui Julie şi a alcoolismului ei, iar apoi chiar în povestea încă şi mai lungă a vieţii ei. Da, fusese o persoană care murise din cauza alcoolului, dar fusese de asemenea o femeie amuzantă şi cu picioarele pe pământ, al cărei simţ ascuţit al umorului o ajuta să abordeze cele mai dure situaţii cu un clipit din ochi şi o replică sarcastică.

„Ştiţi ce-ar mai râde Julie dacă ne-ar vedea acum”, a remarcat una dintre surori pe un ton sec, tamponându-şi lacrimile cu un şerveţel zdrenţuit, „întotdeauna a spus că nu e Crăciun adevărat până când nu plânge toată lumea. Stăm până târziu, mâncăm prea mult, bem prea mult, vedem prea mulţi oameni pe care îi iubim şi îi urâm. Pur şi simplu, prea mult pentru ca inima omenească să suporte. Apoi, dintr-odată, am reuşit să începem să schimbăm între noi poveşti despre acea Julie. Avea un mod de a râde de suferinţele lumeşti de zi cu zi pe care îl invidiam. Era o senzaţie plăcută să-mi fie atât de dor de ea, împreună cu surorile mele şi în modul acesta.

Am continuat să râdem şi să povestim până când zorii care se apropiau au dat semnalul că era timpul să punem punct. La acel moment, medicina deja nu mai era o consolare, şi nici măcar nu mai era parte a serii. Acea versiune a poveştii se pierduse deja de mult în fundalul îndepărtat a ceea ce noi toate ştiam acum. Limbajul rece şi precis al potasiului şi aritmiei fusese emis, demontat şi retradus în limbajul confortabil pe care o familie îl foloseşte după ce personalul medical a ieşit de mult din încăpere. În ultimă instanţă, medicina nu poate să aducă alinare, dar ajută la spunerea poveştii finale a unei vieţi. Dacă ştii cum a murit cineva e mai uşor să-ţi aminteşti cum a trăit. Iar după ce medicina a terminat de făcut tot posibilul, ceea ce ne dorim şi, în cele din urmă, tot ceea ce ne rămâne sunt poveştile.

Mulţumiri

Această carte îşi are originea în paginile publicaţiei *New York Times Magazine* şi a fost posibilă doar pentru că Paul Tough, un editor al revistei, a crezut că poveştile pe care le spuneam eu în cadrul unor conversaţii obişnuite puteau fi transpuse cu succes în paginile revistei, îţi mulţumesc, Paul, pentru viziunea ta. De-a lungul anilor mei acolo, m-au ghidat generos mulţi editori mari. Mulţumesc, Dan Zalewski, Joel Lovell, Catherine Saint Louis, Ilena Silverman, Katherine Bouton şi Gerry Marzorati.

Pacienţilor care mi-au împărtăşit unele dintre cele mai terifiante momente din viaţa lor – acele ore, zile, uneori săptămâni dintre momentul în care apar simptomele misterioase şi cel în care este pus, în cele din urmă, diagnosticul corect – le port o recunoştinţă nesfârşită.

Am învăţat atât de multe de la voi toţi. Mulţumesc, de asemenea, doctorilor care mi-au permis să văd şi să descriu incertitudinea cu care s-au confruntat în timp ce încercau să dezlege misterele acestor pacienţi. Procesul de diagnosticare este mult mai mult decât o declaraţie triumfătoare despre cauza unei boli, iar eu le sunt profund îndatorată doctorilor care mi-au permis să cartografiez peisajul acestei incertitudini.

Având toate aceste poveşti minunate la dispoziţie, am fost şocată de provocarea de a le transforma în acea carte pe care voiam s-o scriu. Mindy Werner a făcut din această masă informă de idei şi poveşti fundaţia acestei cărţi. Steve Braun şi-a folosit considerabilele lui abilităţi de reporter pentru a mă ajuta să găsesc cele mai potrivite materiale de construcţie. Iar lui Karl Weber îi mulţumesc pentru că m-a ajutat să transform aceste capitole în cartea de faţă. Partenerele mele de alergare, Elizabeth Dillon şi Serene Jones, au ascultat cum mă luptam cu aceste capitole, în timp ce urcam dealurile din East Rock. Indiferent cât de tare gâfâiau, puteam conta pe ele să pună întrebările care trebuiau puse. Anna Reisman, Eunice Reisman, John Dillion, Pang Mei Chang, Betsy Branch şi Allyx Shiavone au citit aceste capitole de mai multe ori decât pot eu număra – şi fără să se plângă. Comentariile lor mă aduceau înapoi de fiecare dată când mă pierdeam în subtilităţi medicale, iar poveştile mele sunt mai bine spuse datorită ajutorului lor. La Yale, Steve Huot, Julie Rosembaum, August Frotin, Donna Windish, Andre Sofair, David Podell, Michael Green, Dan Tobin, Steve Hoit, Michael Harma, Jeanette Tetrault, Jock Lawrason şi ceilalţi profesori, personalul şi rezidenţii au creat o comunitate stimulatoare şi încurajatoare în care să desfăşor această muncă. Tom Duffy, Frank Bia, Nancy Angoff, Asghar Rastegar, Patrick O’Connor, Majid Sadigh şi Eric Holmboe m-au învăţat aproape tot ceea ce ştiu despre ce înseamnă să fii doctor şi m-au ajutat să-mi conturez multe dintre

ideile din această carte. Rapoartele despre rezidenţi administrate de Jerome Kassirer au fost modele de gândire medicală clară şi naraţiuni de bună calitate. Am răsfoit frecvent notiţele mele de la aceste ore de exegeză medicală, în timp ce lucram la aceste capitole – în special cele asupra modului de a gândi.

Jake Brubaker, Edmund Burke, Laura Cooney, Onyi Offor, Valerie Flores, Marjory Guerra, Jason Brown şi Clayton Haldeman mi-au oferit o şedinţă de încurajare entuziastă în fiecare săptămână, pe măsură ce avansam încet cu scrierea acestei cărţi. Paul Attanasio a avut o viziune despre cum ar putea fi spuse la televiziune poveşti precum ale mele. Îi mulţumesc pentru că m-a invitat în lumea miraculoasă a medicinii televizate. Îi mulţumesc, de asemenea, lui David Shore – care l-a adus la viaţă pe doctorul-detectiv Gregory House şi pasionata lui căutare a diagnosticului, recurgând la propria sa asemănare cu acest personaj, ceea ce a făcut ca subiectul acesta să fie foarte important pentru partea mea îndrăgită din dezbaterea publică.

Charles Conrad, editorul şi lumina mea călăuzitoare de la Broadway Books, a crezut în această carte încă de la început. Inteligenţa tăcută, viziunea şi (slavă Domnului) răbdarea lui au oferit genul de sprijin solid de care am avut tot timpul nevoie. Redactorul Frederick Chase a acordat detaliilor o atenţie care a prevenit un număr de greşeli stânjenitoare. Prietena şi agenta mea, Gail Ross, a fost sigură, cu mult înaintea mea, că această carte va exista şi m-a ajutat de-a lungul scrierii ei. Gail, îţi sunt foarte îndatorată, îi mulţumesc, de asemenea, lui Jennifer Manguera, care a muncit mult ca să păstreze ordinea în casa mea literară.

În cele din urmă, le sunt recunoscătoare fiicelor mele, Tarpley şi Yancey. Aţi fost centrul lumii mele şi gravitaţia din sistemul meu solar. Când orbita acestei cărţi m-a dus în cea mai întunecată parte a universului meu personal, dragostea voastră m-a tras înapoi, spre căldura acestei familii minunate din care am reuşit să fac parte. Şi lui Jack, fără de care nimic din toate acestea nu ar fi fost posibil – şi de aceea, această carte îţi este dedicată ţie.

Note

Introducere: Coşmarul oricărui pacient

„medicina pe genunchi”: Berber E, Graber M. Overconfidence as a cause of diagnostic error în medicine. *American Journal of Medicine.* 121: S2-23, 2008.

„un proces de deducţie, desfăşurat în condiţii de incertitudine”: Kassirer J. Teaching problem-solving: how are we doing? *New England Journal of Medicine.* 332:1507-1509,1995.

3 „Institute of Medicine a publicat un raport pe acest subiect”: Kohn LT, et al., eds. *To err is human: buiding a safer health system.* Committee on Quality of Health Care în America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C., 2000. Cartea este disponibilă la http://books.nap.edu/opembook.php?isbn=0309068371.

4 „în funcţie de studiul căruia îi dăm crezare”: Graber M, et al. Reducing diagnostic errors în medicine: what’s the goal. *Academic Medicine.* 77: 981-999, 2002. Holohan TV, et al. Analysis of diagnostic erros în paid malpractice claims with substandard care in a large healthcare system. *South Medicine Journal* 98(11): 1083-1087, 2005.

„Studiile sugerează că între 10 şi 15%”: Berner E, Graber M. Overconfidence as a cause of diagnostic error în medicine: *American Journal of Medicine.* 121: S2-23, 2008.

„Într-un studiu asupra dosarelor a peste treizeci de mii de pacienţi”: Leape L, et al. The nature of adverse events în hospitalized pacients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine.* 324: 377-384,1991.

„Şi, cu toate că studiile post-mortem”: Goldman L, et al. The value of the autopsy în three different eras. *New England Journal of Medicine.* 308:1000-1005,1983.

„Un studiu efectuat., din Elveţia”: Sonderegger-Iseli K, et al. Diagnostic errors în 3 medical eras: a necropsy study. *Lancet.* 355: 2027-2031, 2000.

„Un alt studiu făcut pentru Agency”: Shojania K, et al. The autopsy as an outcome and performance measure. Evidence Report/Technology Assessment no. 58 (Prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-97-0013), AHRQ Publication no. 03-E002. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, octombrie **2002**.

Capitolul unu: Faptele şi ceea ce stă în spatele lor

„De fapt, marea majoritate a **diagnosticelor medicale”:** Hasnajn M, Bordage G, et al. History taking behaviors associated with diagnostic competence of clerks: an exploratory study. *Academic Medicine.* 76:10: S14-S16. Hampton JR, et al. Relative contributions of

history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients.

British Medical Journal. 2: 486-489,1975.

„în înregistrările întâlnirilor dintre doctori şi pacienţi”: Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on collection of data. *Annals of International Medicine.* 101: 692-696,1984.

MfiBHF

„într-un studiu, doctorii aşteptau”: Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concems. J *Gen Intmed.* 20: 267-270,

2005. Marvel MK, et al. Solicitating the pacient’s agenda: have we improved? JAMA. 281: 283-287,1999. Rhoades DR, et al. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Family Medicine.* 33: 528-532, 2001.

„în aceste întâlniri înregistrate”: Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on collection of data. *Annals of International Medicine.* 101: 692-696,1984.

„Intr-un studiu, peste jumătate dintre pacienţii intervievaţi”: Baker LH, O’Connell D, Platt FW. What else? Setting the agenda for the clinical interview. *Annals of International Medicine.* 143(10): 776-771, 2005.

„În alte studii, doctorul şi pacientul nu erau de acord”: Starfield B, Wray C, et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health.* 71:127-131,1981. Burack RE, Carpenter RR. The predictive value of the presenting complaint. *Journal of Family Practice.* 16: 749-754, 1983.

„Dacă puneţi întrebări”: Epstein RM, Street RL. Patient centered care for the 21st century: physicians’ roles, health systems and patients* preferences. *ABIM.* 2008 Summer Forum, „From Rhetoric to Reality: Achieving Patient Centered Care.”

„nu poţi să prevezi niciodată”: Doyle AC. „The Sign of Four”, *Sherlock Holmes: The Complete Novels and Stories,* voi. 1, Bantam, NY, 1986, p. 175.

„Diferenţa dintre medie şi individ”: Fosarelli P. Medicine, spirituality and pacient care. *JAMA (Journal Aof the American Medical Association).* 300(7): 836-838, 2008.

„Ceea ce aduce pacientul în acest proces”: Platt F. Two collaborating artists produce a work of art: the medical interview. *Archives of Internai Medicine.* 163:1131-1132, 2003.

„O vizită la cabinetul doctorului”: Forem J. Make the most of a doctor s visit. *Boston Globe*, 19 septembrie 2005.

„în 1989, consultaţia medie a unui doctor”:

Mechanic D, et al. Are patients office visits with physidans getting shorter? *New England Journal of Medicine.* 344(3): 198-204, 2001.

„Studiile sugerează că obţinerea unei bune anamneze": Stewart M, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice.* 49(9): 796-804, 2000. Levinson W, et al. A study of patient clues and physician responses în primary care and surgical settings. *JAMA.* 284:1021-1027, 2000.

„poate chiar să reducă timpul consultaţiei": Mauksh LB, et al. Relationship, communication and efficiency în the medical encounter. *Archives of International Medicine.* 168(13): 1387-1395, 2008.

„pacientul e mai satisfăcut": Stewart M, et al.

The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of the Family Practice.* 49(9): 796-804, 2000.

„tipare similare la alţi pacienţi": Allen JH, et al. Cannabinoid Hyperemesis: cyclical hyperemesis în association with chronic cannabis abuse. *Gut (An International Journal of Gastroenterology and Hepatology).* 52:1566-1570, 2004.

„Alte relatări de cazuri au apărut": Allen JH, de Moore GM, et al. Cannabinoid Hyperemesis: cyclical hyperemesis în association with chronic cannabis abuse. *Gut.* 52:1566-1570, 2004. De Moore GM, Baker J, et al. Psychogenic vomiting complicated by marijuana abuse and spontaneous pneumonmediastium. *Australian and New Zeeland Journal ofpsychiatry.* 30: 290-294,1996. Roche E, Foster PN. *Gut.* 54: 731,2005.

„Studiile au arătat în repetate rânduri": Hill J. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 60: 869-875, 2001. Kripalani s, et al. Interventions to enhance medication adherence în chronic disease. *Archives of Internai Medicine.* 167(6): 540-549, 2007.

„Pacienţii care îşi înţeleg boala": Lin E HB, et al. Working with patients to enhance medication adherence. *Clinical Diabetes.* 26:17-19, 2008.

„Un diagnostic de cancer terminal": Cassell E J. Diagnosing suffering: a perspective. *Annals of Internai Medicine.* 131: 531-534,1999.

Capitolul trei: O artă pe cale de dispariţie

„Un bărbat de cincizeci şi ceva de ani vine la urgenţe": Jauhar S. The demise of the physical exam. *New England Journal of Medicine.* 354: 548-551, 2006.

„majoritatea celor care se specializau în cardiologie": Mangione S, Nieman LZ, Kaye D, Gracely E. The teaching and practice of cardiac auscultation during internai medicine and cardiology training: a nationwide survey. *Annals of Internai Medicine.* 119(1): 46-54,1993.

„Dacă s-ar fi dat note”: Mangione S, Nieman LZ. Pulmonary auscultatory skills during training în internai medicine and family practice. *American Journal of Respiratory and Criticai Care Medicine.* 159(4 pt 1): 1119-1124,1999.

„Rezidenţii şi profesorii lor medici de la facultate”: Vukanovic-Criley JM, Criley S, et al. Competency în cardiac examination skills în medical students, trainees, physicians and faculty. *Archives of Internai Medicine.* 166: 610-616, 2006.

„Mangione a sugerat că e posibil ca”: Mangione S. Teaching and practice of cardiac auscultation during internai medicine and cardiology training. *Annals of Internai Medicine.* 119(1): 47-54,1993. Mangione S, Nieman L. Pulmonary auscultatory skills during training în internai medicine and family practice. *American Journal of Respiratory and Criticai Care Medicine.* 159:1119-1124,1999. Mangione S, Duffy FD. The teaching of chest auscultation în primary care training: has anything changedin the 1990’s. *Chest.* 124(4): 1430-1436, 2003.

„În 1980, internarea medie”: Chassin MR. Variations în length of stay: their relationship to health outcomes. Report for the Office of Technical Assessment, U.S. Congress, Washington, D.C., 1983.

„Intr-un studiu recent efectuat la Yale”: Comunicare privată, John Moriarty, Associate Program Director, Yale Tradition, Internai Medicine Residency Program.

„în 1950 aproximativ 15 000 de oameni au murit de febră reumatică”: http://www.americanheart.org/presenter. Ihtml?identifier=4712.

9 „Intr-un studiu publicat în 2002”: Megreevy KM, et al. Clinical breast examination – practices among women undergoing screening mammography. *Radiology.* 24: 555-559, 2002.

Capitolul patru: Ceea ce doar examinarea poate arăta

„În 70% din cazuri, povestea pacientului conţinea indiciul diagnosticului**: Hampton JR, et al. Contribution of history- taking, physical examination and laboratory evaluation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ.* 2(5969): 486-489,1975. Sandler G. The importance of the history în the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *American Heart Journal.* 100(pt 1): 928-31,1980.

„Pentru că nu a reuşit să-l găsească**: Reilly BM. Physical examination în the care of medical impatients: an observational study. *Lancet.* 362:1100-1105, 2003.

Capitolul cinci: Crezi ceea ce vezi

„dacă pacientul şi-a păstrat aspectul său normal**:

Din capitolul „Prognosticul”, în *Hippocratic Writings,* Penguin Books, NY, 1983, p. 171.

„înţelegând şi anunţând dinainte**: ibid., p. 170.

„Decizia de a interna sau externa pacientul**:

Mellors JW, Horwitz RI, et al. A simple index to identify occult bacterial infection în adults with acute unexplained fever. *Archives of Internai Medicine.* 147(4): 666-671,1987.

„M-am antrenat**: Doyle AC. „The Adventure of the Blanched Soldier”, *Sherlock Holmes: The Complete Novels and Stories*, voi. 1, Bantam, NY, 1986.

„Dar cea mai importantă caracteristică împărtăşită de**: Mai multe surse au fost folosite pentru investigarea acestui aspect: Klauder JV. Sherlock Holmes as a dermatologist. *Archives Dermatology and Syphilology.* 68(4): 363-377,1953. Reed J. A medical perspective on the adventures of Sherlock Holmes. *Medical Humanities.* 27: 76-81,2001. Massey EW. Joseph Bell MD – Mr. Sherlock Holmes? *South Medicine Journal.* 73(12): 1635-1636,1980. Scarlett EP. The old original: notes on Dr.

Joseph Bell whose personality and peculiar abilities suggested the creation of Sherlock Holmes. *Archives of Internai Medicine.* 114: 696-701,1964. Conan Doyle dead from heart attack. *New York Times,* 8 iulie 1930. Wisser KM. The creation, reception and perpetuation of the Sherlock Holmes phenomenon 1887-1930. Teză de masterat, University of North Carolina, Chapel Hiâl, 2000. Leibow E. *Dr Joe Bell: Model for Sherlock Holmes*, Bowling Green University Popular Press, Bowling Green, OH, 1982.

„Pe ba za observaţiei atente şi a deducţiei”: Leibow E. *Dr Joe Bell: Model for Sherlock Holmes,* Bowling Green University Popular Press, Bowling Green, OH, 1982.

„Şi capacitatea acestor studenţi s-a îmbunătăţit”: Dolev JE, Friediaender LK, Braverman IM. Use of fine art to enhance visual diagnostic skills. *JAMA.* 286(9): 1020-1021, 2001.

„Pe un monitor* în stop-cadru* am văzut şase adulţi”: Această înregistrare video a fost concepută şi produsă de Daniel J. Simons, profesor asociat la University of Illinois, Visual Cognitive Lab. O puteţi prezenta prietenilor prin accesarea adresei http://viscog. Beckman. Uivc.edu / djs_lab/ index.html.

„La fel şi în cazul a peste jumătate”: Simons D J, Chabris CF. Gorillas în our midst: sustained inattention blindness for dynamic events. *Perception. 28:*1059-1074,1999.

„Cercetătorii numesc acest fenomen”: Chun MM, Marois R. The dark side of visual attention. *Curr Op Neurobio.* 12: 184-189, 2002. Most SB, Scholl BJ, Clifford ER, Simons DJ. What you see is what you set: sustained innatentional blindness and the capture of awarness. *Psychology Review*. 112(1): 217-242, 2005.

„Participanţilor ia acest studiu li s-au arătat două fotografii”: Kelley TA, et al. Effect of scene inversion on change detection of targets matched for visual salience. *Journal of Vision.* 2:1-5, 2003.

Capitolul şase: Atingerea vindecătoare

1 **„Este treaba doctorului”:** Adams CD, ed. *The Genuine Works ofhippocrates,* Dover, NY, 1868, din *The Digital Hippocrates,* http://www.chit.org/sandbox/dh/Adams/page.l6Q.a.php.

„Cei o treime care nu au făcut tomografie”:

Musunuru S, Chen H, et al. Computed tomography în the diagnosis of acute appendicitis: definitive or detrimental. *Journal ofgastrointestinal Surgery*. 11:1417-1422, 2007.

„Interpretările mamografiilor corespund”:

Elmore JG, Wells CK, et al. Variations în radiologists' interpretation of mammograms. *New England Journal Medicine.* 331:1493-1499,1994.

Capitolul şapte: în miezul problemei

„vârful aisbergului”: Salvatore Mangione, comunicare privată.

„din cauza nivelului mare al grăsimii”: Nuland SB. *Doctors: The Biography of Medicine,* Vintage Books, NY, 1995, p. 220.

„Mi-am amintit un bine cunoscut fenoment acustic”: Duffin J. *To See with a Better Eye: The Life ofRTH Laennec,* Princeton University Press, Princeton, NY 1988, p. 122.

„Ei susţineau că bolile pot fi clasificate”: ibid. P. 26.

„Erau de regulă atribuite insuficienţei cardiace”: De obicei le explic pacienţilor mei insuficienţa cardiacă cu ajutorul unei scene din *I Love Lucy.* În acel episod, Lucy şi cu prietena ei Ethel se angajează la o fabrică de dulciuri, împachetând bomboanele care vin pe o bandă rulantă. La început reuşesc să ţină pasul şi toate bomboanele sunt împachetate frumos. Dar banda rulantă accelerează, livrând tot mai multe bomboane, şi devine din ce în ce mai greu să ţii pasul. Nu după mult timp cele două sunt copleşite şi bomboanele încep să ajungă peste tot – în buzunarele şi în bluzele lor, pe podea. Ceea ce li se întâmplă lui Ethel şi Lucy este asemănător cu ceea ce i se întâmplă inimii – la cea mai mică solicitare fizică, organul slăbit este copleşit de cantitatea de sânge livrată şi, ca şi valul de bomboane, surplusul de fluid dă înapoi, ajungând şi el peste tot.

„constatarea de acum clasică la emfizem”: Duffin J. *To See with a Better Eye: The Life ofRTH Laennec*, Princeton University Press, Princeton, NY, 1988, p. 00.

„apăsări şi palpitaţii”: Major RH. *Classic Descriptions of Disease,* Springfield, Charles C Thomas Publisher, IL, 1932, pp. 371-372.

„într-un grup mare, polispeciaâizaf din Boston”:

Blanchard GR Is listening through a stethoscope a dying art? *Boston Globe*, 25 mai 2004.

„cinci cardiologi au concurat cu ecocardiografia”: Jaffe WM, et al. Clinical evaluation versus Doppler echocardiogram în the quantitative assessment of valvular heart disease. *Circulation.* 78: 267-275,1988.

„fntr-un studiu efectuat de Christme Âttenhofer”: Attenhofer Jost CH, Turina J, Mayer K, Seifert B, Amann FW, Buechi M, et al. Echocardiography în the evaluation of systolic murmurs of unknown cause. *American Journal of Medicine.* 108: 614-620, 2000.

„Un studiu asupra doctorilor de urgenţă”: Reichlin S, et al Iniţial clinical evaluation of cardiac systolic murmurs în the ED by noncardiologist. *American Journal of Emergency Medicine.* 22: 71-75, 2004.

„Mai multe studii au fost făcute pentru evaluarea programelor”: Smith CA, et al Teaching cardiac examination skills:

a control] ed trial of two methods. *Journal of General Internai Medicine.* 21(1): 1-6, 2006. Barrett MJ. Mastering cardiac murmurs: the power of repetition. *Chest.* 126: 470-475, 2004. Favrat B, et al. Teaching cardiac auscultation to trainees în internai medicine and family practice: does it work? *BMC Med Ed. 4:* 5, 2004. http://www.biomedcentral. Com/1472-6920/4/5.

„Observarea directă a celor aflaţi În pregătire”: Holmboe ES, Hawkins RE. Evaluating the clinical competence of residents în internai medicine: a review. *Annals of Internai Medicine.* 129: 42-48, 1998.

„Un studiu publicat recent arată cât de nesatisfăcător”: Hicks CM, et al. Procedural experience and comfort level în internai medicine trainees. *Journal of General Internai Medicine.*

15: 716-722, 2000.

Capitolul **opt: Probleme** de testare

1 „Mai mult, există suficiente probe solide”: Klempner MS, et al. Two controlled trials of antibiotic treatment în patients with

persistent symptoms and a history of Lyme disease. *New England Journal of Medicine.* 345: 85-92, 2001.

„în cele din urmă, în octombrie 1975”: Clark E. Lyme disease: one woman’s journey into tick country. http://vankeemagazine. Com/issues/2007-07/features/lymecountry.

„Locaţia cazurilor misterioase ale lui Steere s-a dovedit”: Steere AC. David France, scientist at work. *New York Times*, 4 mai 1999.

„Pentru a transmite infecţia”: Steere AC, et al. The emergence of Lyme disease. *The Journal of Clinical Investigation.* 113(8): 1093-1101, 2004.

„unele studii sugerează că cea mai frecventă manifestare”: Tibbles CD, et al. Does this patient have erythema migrans. *JAMA.* 297: 2617-2627, 2007.

„sindrom post-boală Lyme”: Steere AC, et al. Association of chronic Lyme arthritis with HLA-DR4 and HLA-DR2 alleles. *New England Journal of Medicine.* 323: 219-223,1990.

„Âu recrutat o sută de locuitori4*: Shadick NA, Phillips CB, Logigian EL, Steere AC, Kaplan RF, Berardi VP, et al. The long-term clinical outcomes of Lyme disease. A population-based retrospective cohort study. *Annals of Internai Medicine.* 121: 560-567,1994.

„De asemenea, alte studii au descoperit şi**: Cairn V, Godwin J. Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. *Internai Journal of Epidemiology.* 34:1340-1345, 2005.

„Cercetătorii de la Tufts Medical Center**: Klempner MS, et al. Two controlled trials of antibiotic treatment în patients with persistent symptoms and a history of Lyme disease. *New England Journal of Medicine.* 345: 85-92, 2001.

„Două alte studii riguroase**: Krupps LB, et al.

Study and treatment of post Lyme disease. *Neurology.* 60:1923-1930, 2003. Fallon BA. A randomized, placebo-controlled trial of repeated IV antibiotic therapy for Lyme encephalopathy. *Neurology.* 70: 992-1003, 2008.

„Aceştia nu au încredere nici în examinările fizice**: The International Lyme and Associated Diseases Society

Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease, publicat în noiembrie 2006, p. 7, http://www.ilads.org/guidelines.htmL accesat pe 31 decembrie 2007.

„De fapt, atunci când sunt folosite conform recomandărilor”: Tugwell, et al. Laboratory evaluation în the diagnosis of Lyme disease. *Annals of Internai Medicine.* 127(12): 1109-1123,1997.

„Acestea sunt unele dintre cele mai comune simptome”: Fletcher K. Ten most common health complaints. *Forbes,* 15 iulie 2003. http://www.forbes.com/2003/07/15/ cx_kf_0715health.html.

Capitolul nouă: Gândirea bolnavă

„Erorile de diagnosticare sunt a doua cea mai importantă cauză”: Bartlett EE. Physicians’ cognitive errors and their liability consequences. J*Healthcare Riskmanage.* 1988 (toamna): 62-69.

„Iar un studiu recent asupra rezultatelor la autopsie”: Tai DYH, El-Bilbeisi H, Tewari S, Mascha EJ, Wiedermann HP, Arroliga AC. A study of consecutive autopsies în a medical ICU: a comparison of clinical cause of death and autopsy diagnosis. *Chest.* 119: 530-536, 2001.

„O cercetare a arătat că peste o treime dintre pacienţii”: Berner ES, et al. Overconfidence as a cause of diagnostic error în medicine. *American Journal of Medicine.* 121(5A): S2-S23, 2008.

„Prin comparaţie, sintezele deficiente… jucau un rol”: Probabil că erorile datorate colectării deficiente a datelor sunt subreprezentate în acest eşantion, deoarece el se baza pe trecerea în revistă a fişelor medicale. Dacă ceva e trecut cu vederea, nu va apărea pe fişă. Pentru a sesiza acest tip de erori este necesar accesul la pacient în momentul diagnosticului.

„Gândirea ia sfârşit atunci când este pus un diagnostic”: Croskerry P. The importance of cognitive errors în diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine.* 78(8): 1-6, 2003.

„proces de corelare”: Croskerry P. Overconfidence în clinical decision making. *American Journal of Medicine.* 121 (5A): S24-S29, 2008.

„capacitatea discriminăm fine”: Gladwell M. Blink (Little, Brown, New York, 2005), http://www.gladwell.com/blink/.

„Şmecheria e să corelezi”: Croskerry P. The theory and practice of clinical decision-making. *Canadian Journal of Anesthesia.* 52(6): R1-R8, 2005.

„bărbaţii negri sunt mult mai predispuşi”: http:// www.cde.gov/cancer/prostate/ statistics/race.htm. Accesat pe 1 mai 2008.

„în ciuda pregătirii lor medicale «obiective»”:

Mekinlay JB, Potter DA, Feldman HA. Non-medical influences on medical decision-making. *Social Science & Medicine.* 42(5): 769-776,1996.

„Şi chiar acei factori”: ibid.

„Unul dintre multele experimente minuţioase”: Arber S, Mekinlay J, Adams A, Marceau L, Link C, O’Donnell A. Patient characteristics and inequalities în doctors’ diagnostics and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment: *Social Science & Medicine.* 62(1): 103-115, 2006.

„în anii *30”: Atul Gawande: „The Checklist”,

The New Yorker, 12.10.07, http. // www.newvorker.com/ reporting/2007/12/10/071210fa fact gawande.

„Aceşti paşi fundamentali”: Dr. Robert E. Wachter, *Understanding Patient Safety,* p. 23, Megraw-Hill Medical, 2008.

„unei liste de siguranţă chirurgicală”: Haynes AB, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality în a global population. *New England Journal of Medicine,* voi. 360, pp. 491-99, 2009.

„verificarea unei liste înaintea anumitor proceduri de la terapie intensivă”: Pronovost Petal. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections în the ICU. *New England Journal of Medicine,* voi. 355, pp. 2725-32, 2006.

Capitolul *zece:* Diagnosticul **digital**

1 „Intr-un articol din 1976”: Pauker SG, Gorry GA, Kassirer JP, Schwartz WB. Towards the simulation of clinical cognition taking a present illness by computer. *American Journal of Medicine.* 60: 981-996,1976.

„în 1994, ea şi un **grup** de alţi treisprezece doctori”: Berner ES, Webster GD, Shugerman AA, et ai. Performance of four computer-based diagnostic systems. *New England Journal of Medicine.* 330:1792-1796,1994.

„Pentru a măsura cât de bine funcţionează programul”: Leonhardt D. Why doctors so often get it wrong. *New York Times,* 22 februarie 2006.

„Mark Graber şi un coleg de-aî săi”: Graber ML şi Matthew A. Performance of a Web-Based Clinical Diagnosis Support System for Internists, *Journal of General Internai Medicine,* voi. 23, sup. 1, pp. 37-40, 2008.

„Potrivit unei cercetări din 2005 efectuate de Pew Center”: Boone S. Computer users can catch the health bug on line. *Meclatchy-Tribune Regional News – The Walton Sun,* 17 noiembrie 2007.

„În cele din urmă, profesorul universitar l-a întrebat pe specialist”: Greenwald R... And a diagnostic test was performed. *New England Journal of Medicine* (scrisoare). 353: 2089-2090, 2005.

„Această poveste, precum şi propria lor experienţă **cu** pacienţii”: Tang H, Hwee Kwoon Ng J. Googling for a diagnosis – use of Google as a diagnostic aid: Internet based study. *BMJ.* 333: 1143-1145, 2006.

„Până şi numărul din **august al** *New England **Journal ofmedicinetf:*** Fan E, et al. A gut feeling. *New England Journal of Medicine.* Voi. 359, pp. 75-80, 2008.

Postfaţă: Diagnosticul final

„Primul pas al medicinei”: Mare parte din aceste lucruri provin din minunata istorie a medicinei a lui Roy Porter, *The Greatest Benefit to Mankind,* Norton, NY, 1999, precum şi din biografia lui Rene Laennec de Jacalyn Duffin, *To See with a Better Eye,* Princeton University Press, Princeton, NJ, 1998.

„În ziua de azi, pacienţii care mor la spital”: David Dobb a scris un articol extraordinar despre autopsie, „Burried Answers”, pentru *New York Times Magazine,* 24 aprilie 2005.

„Programele de rezidenţiat mici au protestat împotriva costurilor crescânde”: De la Accreditation Council for Graduate Medical Education, un consiliu privat non-profit care evaluează şi acreditează programele medicale de rezidenţiat din Statele Unite, comunicare personală.

„Fără îndoială, capacitatea unui doctor de a pune un diagnostic exact”: Un raport al Agency for Healthcare Research and Quality, elaborat de Washington AE şi Medonald KM, „The autopsy as an

outcome and performance measure” (Evidence Report/Technology Assessment 58, octombrie 2002), mi-a oferit multe din informaţiile despre istoria modernă a autopsiei.